

Dictamen n.º: **227/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.04.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de abril de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. y D. (en adelante “*los reclamantes*”) por el fallecimiento de su hija, (en adelante “*la paciente*”), que atribuyen al tratamiento inadecuado prestado a ésta en el Hospital, de Madrid.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 13 de junio de 2022, las personas indicadas en el encabezamiento presentan un escrito de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), por los daños que se le han generado como consecuencia de una incorrecta asistencia en el Hospital, que provocó el fallecimiento de su hija.

Narran en su reclamación que su hija nació prematura (31 + 6) procedente de embarazo gemelar con hermana sana, siendo diagnosticada de una “*cardiopatía congénita tipo canal*”

auriculoventricular completo (tipo A de Rastelli), desbalanceado con predominio de cavidades derechas. Diagnóstico postnatal de hendidura laringo-traqueoesofágica con traqueobroncomalacia grave”, por la cual se le realizó una traqueostomía y colocación de múltiples stents bronquiales.

Añaden en su reclamación que el 9 de junio de 2021 se le realizó a su hija una *“corrección quirúrgica de la cardiopatía con reparación total de la CIV y de la CIA, y realización de valvuloplastia”,* presentando en los días posteriores a esta cirugía *“dehiscencia de la parte superior de la herida quirúrgica con exudado purulento y múltiples episodios de inestabilidad hemodinámica con hipotensión refractaria y acidosis grave, con sospecha de shock séptico con origen en mediastino, falleciendo el 14 de junio de 2021 por parada cardiorrespiratoria en el contexto de shock séptico refractario”.*

Continúan señalando que, como parece que se deduce de la autopsia (que acompañan), el fallecimiento de su hija se desencadenó por una sepsis, reprochando que *“se retiró indebidamente el antibiótico a la paciente, cuestión que además no fue informada a los padres”.*

Indican que su hija *“fue tratada con antibióticos desde el nacimiento (gentamicina y ampicilina), suspendiéndose a las 48 horas tras ser negativos los cultivos. Al tercer día del nacimiento, por sospecha de sepsis, no confirmada, se procedió de nuevo a suministrarle antibiótico, esto es vancomicina y amikamicina durante 48 horas”.*

En lo que se refiere a los tratamientos previos al fallecimiento, señalan que el 9 de junio de 2021 se procedió *“a la cirugía correctora de la cardiopatía con cierre ventricular con parche de pericardio, reparación de la comunicación interauricular dejando un pequeño foramen de escape y reparación de las válvulas con cierre parcial de la fisura de la válvula mitral. Tras la intervención se objetivaron lesiones*

residuales en la ecocardiografía (insuficiencia moderada- severa de la válvula tricúspide con disfunción severa del ventrículo derecho y disfunción moderada del ventrículo izquierdo)”.

Continúan señalando que, concluida la intervención, su hija, “*ingresó en la UCIP estable y con tórax abierto. Tratamiento con óxido nítrico inhalado, perfusión de adrenalina y levosimendán. Se colocó marcapasos en epicardio. Se refirió evolución favorable y se desconectó progresivamente marcapasos*”. Añaden que “*el 12 de junio de 2021 se cerró el tórax presentando a las 6 horas hipertensión grave que se interpretó como crisis de hipertensión pulmonar por lo que se reinició el tratamiento con óxido nítrico, mejoría de la sedación y noradrenalina, estando muy estable las siguientes 24 horas*” y que “*el 14 de junio de 2021 presentó dehiscencia de la herida quirúrgica con secreción marronácea, falleciendo parece ser que por sepsis*”.

En particular, y en relación con el tratamiento por antibióticos realizado, los reclamantes señalan que “*el último ciclo de antibiótico se finalizó el 4 de junio, refiriendo la historia diversos cultivos previos a la intervención sin crecimiento ni aspecto séptico*”. Añaden que “*la intervención se realizó con profilaxis antibiótica con cefazolina que se iba a mantener hasta el cierre de la toracotomía, ya que los cultivos aparecían negativos, tal y como consta en el comentario de 10 de junio de 2021*”.

Indican a continuación que “*el día 11 de junio se mantenía el tratamiento de cefazolina, y en el comentario del día 12 aparece que se va a mantener profilaxis antibiótica con cefazolina hasta el cierre de la toracotomía, la cual se suspendió el 12 de junio tras el cierre de la toracotomía*”, apareciendo en los comentarios “*sin aspecto séptico. Cultivos del día 11 pendientes*”.

Según relatan, *“el día 14 de junio, en los comentarios sigue refiriéndose a estar pendientes los cultivos del día 11 de junio, es decir, después de tres días y sin referencia alguna a haber realizado cultivos los días 12 y 13 de junio. Aquí se indica que los RFA están en descenso, lo que implica que anteriormente se ha detectado sepsis que en ningún caso ha venido reflejada en los comentarios e informes”*, apareciendo a las 13:22 horas del día 14 de junio *“episodio de desaturación de difícil control en contexto de patología pulmonar y sepsis”* y ante los signos de infección el mismo día del fallecimiento se pautó meropenem, teicoplanina y amikacina.

En atención a lo anterior, los reclamantes consideran *“que el tratamiento antibiótico fue tardío, no habiendo analizado en su momento los cultivos del día 1, no habiendo realizado cultivos los días 12 y 13 y no habiendo administrado ningún antibiótico a su hija los días 12 y 13 de junio, por lo que la sepsis le llevó al fallecimiento”*.

Además, según afirman, no se les informó en ningún momento que le se retiraba a su hija, tras la cirugía, el antibiótico, como tampoco se les informó que tenía sepsis, y refieren que no entienden como *“si la cefazolina es un tratamiento antibiótico que solo puede suministrarse 24 horas, pues genera resistencia, se le suministrara a su hija desde el día 9 al 12 de junio, y que no se le detectara la sepsis que presentaba y se atajara la misma con el antibiótico correspondiente hasta unos minutos antes de fallecer”*.

En este sentido, los reclamantes consideran que *“mantener el antibiótico de cefalonina más tiempo del establecido en los protocolos es contrario a la buena práctica médica porque se pueden seleccionar bacterias resistentes a múltiples antibióticos, y; por otro lado, los cultivos son los que determinan la sepsis, siendo que el 14 aún están pendiente de analizar los del día 11 y no se le realizan los días 12 y 13, en este sentido entendemos que ha existido una mala praxis, que*

deseamos denunciar”, indicando también que “en los protocolos pediátricos para infecciones los mismos profesionales que han atendido a su hija determinan que el máximo de suministrar la cefazolina es 24 horas”.

Por todo ello, los reclamantes concluyen que *“no se han seguido los protocolos en cuanto a la aplicación de la cefalina, y tampoco se han seguido los protocolos en cuanto a la detección de sepsis, realización y control de los cultivos”,* formulando por ello reclamación de responsabilidad patrimonial, sin determinar la cantidad que solicitan, señalando a estos efectos que la misma *“deberá cuantificarse por aplicación analógica del baremo de accidentes de tráfico de 2021”,* teniendo en cuenta que la fallecida *“tiene padres y dos hermanos”.*

Acompañan con su reclamación; (i) informe de autopsia; (ii) informe de evolución y; (iii) documento titulado *“Profilaxis quirúrgica en cirugía cardiaca para la UCI pediátrica”.*

SEGUNDO.- Admitida la reclamación, fue requerida del Hospital, de, una copia de la historia clínica y de los informes del seguimiento del embarazo de la reclamante, dado que, en su reclamación, se narran asistencias sanitarias prestadas en ese hospital, con el objeto de disponer de los elementos de juicio suficientes para dictar en su día una resolución ajustada a derecho. La documentación solicitada fue remitida el 11 de noviembre de 2024.

Así mismo, fue requerida la historia clínica de la paciente al Hospital, que la remitió el 1 de julio de 2022.

Remitida esta documentación, de ella se extraen los siguientes hechos relevantes:

El seguimiento del embarazo gemelar de la reclamante fue realizado en el Hospital, de, donde dio a luz el 24 de diciembre de 2020, siendo trasladada al el día 25 de diciembre de 2020, debido a la cardiopatía de la paciente.

La paciente ingresó en el Servicio de Neonatología del Hospital a las 5:09 horas del día 25 de diciembre de 2020, y fue dada de alta a las 12:00 horas de día 11 de mayo de 2021.

Durante este período de tiempo la paciente fue sometida a numerosas pruebas diagnósticas de las que resultaron los siguientes juicios clínicos:

- Enfermedad de membrana hialina.
- Canal auriculoventricular tipo A de Rastelli disbalanceado. DAP significativo con cierre farmacológico. Insuficiencia cardiaca secundaria. Situación de hiperaflujo-hipertensión pulmonar.
- Persistencia de vena cava superior izquierda y vena umbilical derecha en su variante extrahepática con drenaje a aurícula derecha.
- Sospecha de síndrome de Opitz G/BBB no confirmado.
- Microcefalia. Retraso del crecimiento intra y extrauterino.
- Ictericia no isoimmune.
- Hendidura laringotraqueo esofagica tipo III. Traqueostomia. Traqueobroncomalacia. Prótesis bronquiales. Episodios de desaturación y bradicardia extrema. Neumotórax. Neumomediastino. Enfisema cervical.
- Episodio único de taquicardia supraventricular.

- Riesgo de displasia de caderas sin signos ecográficos de sospecha.
- Hipotiroidismo primario.
- Atelectasia de lóbulo superior derecho, sospecha de infección no confirmada.
- Riesgo neurológico. Pequeño foco hiperecogénico en sustancia blanca periventricular frontoparietal izquierda de 4 mm. Crisis convulsivas.
- Neumonía asociada a ventilación mecánica.
- Edema de cabeza y cuello asociado a ventilación mecánica prolongada.
- Conjuntivitis por *Enterococcus faecalis*.
- Enfermedad metabólica ósea del prematuro. Hiperparatiroidismo.
- Hipopotasemia en el contexto de tratamiento diurético.
- Colonizaciones traqueales.
- Infección respiratoria por rinovirus. Tejido de granulación en ambos bronquios secundario a prótesis bronquiales, mayor en bronquio izquierdo, donde es parcialmente obstructivo. Atelectasias. Sospecha de sobreinfección bacteriana, bronconeumonía vs traquebronquitis asociada al respirador.
- Síndrome de abstinencia farmacológica a opiodes.
- Anemia de origen multifactorial.

Con fecha 11 de mayo de 2021, la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para continuación de la asistencia sanitaria, donde se le continuaron realizando pruebas diagnósticas

Durante los siguientes días la paciente sigue presentando eventos graves de desaturación con bradicardia que requieren sedación y ventilación manual con bolsa por lo que el día 13 de mayo se le realiza nueva broncoscopia en quirófano dilatándose ambos stents.

El 2 de junio comienza a presentar de nuevo episodios de obstrucción grave de vía aérea requiriendo sedación, ventilación manual con bolsa y en alguno de ellos masaje cardiaco breve que remontan a los pocos minutos. En este contexto se realiza otra fibrobroncoscopia objetivándose reabsorción casi completa de ambos stents con marcada malacia a nivel de carina y de bronquio principal derecho con mejoría del tejido de granulación.

Durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos la paciente se encuentra en situación de insuficiencia cardiaca por hiperflujo pulmonar y con hipertensión pulmonar en tratamiento anticongestivo con furosemida, espirolactona y captopril, que se optimiza en función de la evolución clínica y ecocardiográfica de la paciente.

Aunque inicialmente se había planteado la cirugía con un peso aproximado de 4.5 kg, ante la situación de insuficiencia cardiaca grave con hipertensión pulmonar, con estancamiento ponderal, con progresiva dilatación del ventrículo izquierdo, sin crecimiento de los componentes izquierdos, se presenta en sesión medicoquirúrgica programándose para corrección completa, que se lleva a efecto el día 9 de junio de 2021.

En esta intervención quirúrgica se realiza una reparación total de la comunicación interventricular (CIV) con parche de pericardio heterólogo, se repara la comunicación interauricular (CIA) dejando un pequeño foramen de escape y se realiza valvuloplastia de ambos componentes con cierre parcial del cleft mitral.

Concluida la misma, la paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos estable, con tórax abierto, alternando ritmo sinusal y nodal con tratamiento con adrenalina (máximo 0.15 mcg/kg/min), levosimendán y NOi a 20 ppm.

El día 12 de junio de 2021 se cierra el tórax, inicialmente bien tolerado, pero a las 6 horas presenta un episodio de hipotensión grave con desaturación habiéndose objetivado en la ecocardiografía de control un ventrículo derecho no muy dilatado, pero con colapso que se interpreta como crisis de hipertensión pulmonar, por lo que se decide reiniciar NOi a 20 ppm, optimizar sedación e inicia perfusión de noradrenalina (máximo 0.03 mcg/kg/min).

Las siguientes 24 horas la paciente se mantiene hemodinámicamente muy estable permitiendo descender dosis de noradrenalina y adrenalina y óxido nítrico inhalado, con mejoría de la función de ambos ventrículos.

El día 14 de junio de 2021, se objetiva dehiscencia de la parte superior aspecto de la herida quirúrgica, con aumento de RFA en la analítica de control de la mañana, por lo que ante sospecha de infección de la herida quirúrgica se inicia antibioterapia empírica con teicoplanina y meropenem con el fin de cubrir la *Serratia marcescens* que coloniza las secreciones traqueales, produciéndose en las horas siguientes un deterioro rápido y progresivo. El aspecto es muy vasodilatado por lo que se suspende la milrinona y se inician vasopresina.

Con evidencia de problemas para la ventilación y sospecha de situación de pseudotaponamiento se decide reapertura urgente de tórax, sin obtenerse respuesta inmediata en la situación hemodinámica por lo que se sospecha que el deterioro esté en relación con un shock séptico de posible origen en el mediastino. Con el fin de intentar mejorar las resistencias vasculares sistémicas se disminuye la perfusión de midazolam y dexmedetomidina.

Se realiza también una radiografía de tórax que muestra infiltrados en ambos campos pulmonares, aunque globalmente mejor aireada que en las previas. En ese momento impresiona de síndrome de dificultad respiratoria aguda, secundario al shock séptico, por lo que se aumenta PEEP a 8. Se decide en situación de shock séptico refractario a tratamiento médico optimizado, canulación en ECMO VA (cánula venosa central ante la imposibilidad de canular la vena yugular derecha y arterial periférica-carótida derecha).

Pese a la asistencia con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y la infusión continua de volumen en forma de seroalbumina, sangre, plasma y plaquetas, la paciente presenta acidosis metabólica cada vez mayor con elevación de láctico hasta 12 a pesar de reposiciones de bicarbonato. En contexto de acidosis mixta grave (pH<6.9) presenta fibrilación ventricular que precisa desfibrilación, revirtiendo a ritmo idioventricular con disfunción miocárdica marcada.

Ante la situación de refractariedad sin ser posible una asistencia en ECMO estable, se decide tras hablar con los padres, explicar la situación y con su conformidad la retirada de la asistencia en ECMO falleciendo la paciente en pocos minutos.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Con fecha 30 de junio de 2022, se requirió a los reclamantes para que acreditaran la relación de parentesco con la paciente fallecida, presentando éstos una copia del libro de familia el día 7 de julio de 2022.

Con fecha 1 de septiembre de 2022, la entidad aseguradora del SERMAS acusa recibo de la comunicación del expediente, asignándole número de referencia.

Se han incorporado al expediente, además de la historia clínica referida anteriormente, los informes del Servicio de Neonatología, de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y del Servicio de Medicina Preventiva, todos ellos del Hospital

El primero de ellos, de fecha 28 de junio de 2022, se remite al informe de alta de la paciente de fecha 14 de mayo de 2021 incorporado a la historia clínica, en el que se recogen todas y cada una de las pruebas diagnósticas que le fueron realizadas, así como un exhaustivo detalle de su evolución, desde la fecha de su ingreso (25 de diciembre de 2020) hasta que se le dio el alta (11 de mayo de 2021) para su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Por su lado, esta Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos emite su informe el 28 de junio de 2022, resultado del mismo un detallado resumen del caso clínico y las siguientes conclusiones:

“-Que la paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en las fechas señaladas con antecedentes de prematuridad y diagnóstico de cardiopatía congénita compleja asociada a patología grave de la vía aérea, portadora de traqueostomía e ingresada en una unidad de cuidados intensivos desde el nacimiento, presentaba patologías y factores de riesgo

demostrados que determinaban un alto riesgo quirúrgico y postoperatorio.

-Que desde el momento del ingreso y de forma continuada se transmitió a los padres esta información, asegurando en todo momento que la asistencia y las decisiones clínicas se tomaron en cada momento del proceso de enfermedad por parte de todos los profesionales del equipo con el objetivo de mejorar la situación clínica de la paciente, valorando el riesgo/beneficio de cada actuación.

-Que la profilaxis quirúrgica realizada fue la correcta en la situación individualizada de la paciente y siguiendo el protocolo de profilaxis quirúrgica de la Unidad

-Que el cierre programado de tórax de la paciente se realizó en situación clínica estable, sin datos clínicos ni analíticos de infección local ni de bacteriemia/sepsis

-Que ante la sospecha de infección de herida quirúrgica se tomaron precozmente las medidas adecuadas para la situación: extracción de hemocultivos, cultivos de exudado mediastínico e inicio de antibioterapia de amplio espectro, teniendo en cuenta su colonización traqueal y de superficie del momento

-Que se llevaron a cabo todos los tratamientos del shock séptico refractario, incluida la asistencia cardiopulmonar en ECMO, a pesar de las características y el riesgo individualizado de la paciente

-Que, en todo momento, desde el inicio de la sepsis se informó a los padres, con los cuales se mantenía una relación bilateral de confianza, de la situación clínica grave, de las actuaciones y

tratamientos planificados, de los riesgos de los mismos y de la refractariedad del tratamiento en los momentos finales”.

Por último, el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, con fecha 28 de octubre de 2024, emite informe en el que indica que la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos reúne las condiciones adecuadas para prestar la asistencia que les corresponde, adjuntando; (i) Protocolo de higiene de manos del Hospital; (ii) Procedimiento de Cuidados en la inserción y mantenimiento del catéter venoso periférico en Pediatría del Hospital y; (iii) Protocolo de medidas de prevención de la transmisión de microorganismos en los centros hospitalario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (Dirección General de Salud Pública).

Este informe es completado por otro posterior de 19 de noviembre de 2024, en el que se indica que: (i) como programas de monitorización de infección relacionada con asistencia sanitaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales utilizan NeoKissEs y en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, el ENVIN-UCI y están adscritos a los proyectos Zero (proyectos de seguridad en los pacientes críticos, avalados por el Ministerio de Sanidad); (ii) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se notificó un brote por *serratia marcescens*, con fecha de inicio de síntomas del caso primario el 22 de marzo de 2021 y fecha de detección del último caso diagnosticado antes del informe final del brote el 30 de agosto de 2021. A fecha 10 de mayo de 2021 se habían detectado 3 casos de colonización y 1 caso de infección; (iii) en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos no constan brotes en las fechas de ingreso de la paciente y; (iv) existen protocolos para el control de las infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica tanto en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales como en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, los cuales acompañan al informe.

Con fecha 9 de septiembre de 2022, se dicta resolución del viceconsejero de Gestión Económica, por la que acuerda “*declarar la suspensión del presente procedimiento administrativo, en tanto no recaiga resolución firme en el orden penal y sea comunicada por la parte reclamante a este Órgano Administrativo, debiendo en ese momento aportar la documentación que así lo acredite*”, requiriéndose a los reclamantes, con fecha 2 de octubre de 2024, para que informaran sobre si había recaído resolución firme en la causa penal (D.P. 1118/22-R, seguidas ante el Juzgado de Instrucción n.º 44 de Madrid), y facilitaran, en su caso, copia de la misma.

En contestación a este requerimiento, los reclamantes, con fecha 14 de octubre de 2024, presentanescrito en el indican que “*el procedimiento penal DPA 1118/2022 del Juzgado de Instrucción n.º 44 de Madrid se encuentra archivado por sobreseimiento, al no poder concluirse que se haya incumplido la lex artis*”, aportando el Auto de sobreseimiento y añadiendo su interés en continuar con el procedimiento de responsabilidad patrimonial objeto de este expediente, reiterando los argumentos señalados en su escrito de reclamación.

Posteriormente, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, con fecha 16 de octubre de 2024 dicta resolución por la que se acuerda “*levantar la suspensión del procedimiento administrativo acordada en Resolución de fecha 19 de septiembre de 2022 por el Viceconsejero de Gestión Económica, procediendo en consecuencia a continuar su tramitación en el estado en que se hallaba*”, que es notificada a los reclamantes con fecha 23 de octubre de 2024.

Con fecha 22 de julio de 2025, la Inspección Sanitaria emite informe en el que, después de hacer una detallada relación de los hechos, realiza una serie de consideraciones médicas sobre, (i) la

hendidura laringotraqueoesofágica; (ii) la supervivencia al año en neonatos con cardiopatía congénita severa y hendidura laringotraqueoesofágica tipo III; (iii) los protocolos de tratamiento antibiótico en cirugía cardíaca congénita pediátrica del H120; (iv) la stenotrophomonas maltophilia y; (v) la información en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. A continuación, realiza un juicio crítico sobre los hechos objeto de reclamación concluyendo que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente *“por los Servicios de Cirugía Pediátrica y Reanimación del Hospital, fue adecuada y de acuerdo a la lex artis”*.

Posteriormente, el 2 de septiembre de 2025, se procede a dar trámite de audiencia a los reclamantes, no constando presentación de alegaciones por su parte.

Por último, el 13 de marzo de 2026, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud emite propuesta de resolución, en la que se propone desestimar la reclamación, por no concurrir la antijuridicidad del daño.

CUARTO.- El 20 de marzo de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora, la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial indicada.

El presente expediente (186/26) correspondió -por reparto de asuntos- al letrado vocal D. Ángel Chamorro Pérez, que formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión del día citado en el encabezamiento del dictamen.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, la cual debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su hija. Acreditan su relación de parentesco con la paciente mediante copia del libro de familia.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada a la paciente en el Hospital, que es un centro de la red sanitaria pública.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho*

a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En este caso, en que se reclama por el fallecimiento de una persona, el *dies a quo* viene dado por la fecha en que tal fallecimiento se produjo, en este caso, el 14 de junio de 2021, por lo que presentada la reclamación el día 13 de junio de 2022, podemos concluir que ha sido formulada dentro del plazo legalmente previsto.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por los servicios médicos del hospital que intervino en la asistencia prestada al reclamante. De igual modo, consta incorporada la historia clínica de la asistencia prestada y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado ya expuesto.

Se ha conferido trámite de audiencia a los reclamantes, conforme al artículo 82 de la LPAC, y finalmente, se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En definitiva, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como

consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, las Sentencias del Tribunal Supremo de 5 de noviembre de 2012 y de 29 de julio de 2013), requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

También es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que esa responsabilidad patrimonial es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la

Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, dado que no es posible constituir a la Administración en aseguradora universal (Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de julio y 14 de noviembre de 2011).

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que, por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

*«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la *lex artis ad hoc*.*

En consecuencia, lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria " ... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de

responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente".

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SS del TS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria, el empleo de la 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 pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En este caso, ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su hija, “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, aunque de difícil valoración económica.

Concretado el daño en los términos anteriormente expuestos, vamos a analizar los reproches de los interesados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala que “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

En este caso, los reclamantes aducen que la paciente falleció como consecuencia de una mala praxis en la actuación de varios servicios del Hospital, pues, según señalan, “*no se han seguido los protocolos en cuanto a la aplicación de la cefalina, y tampoco se han seguido los protocolos en cuanto a la detección de sepsis, realización y control de los cultivos*”. De igual modo, reprochan que nunca se les

informó de la situación de infección de su hija, *“ni que solo podría tener un día el antibiótico ni el dejarla sin ningún tipo de antibiótico hasta unos minutos antes de fallecer”*.

Sin embargo, y no obstante corresponderle, como acabamos de señalar, la carga de la prueba, no han incorporado al procedimiento, ni en su escrito de reclamación ni en sus alegaciones posteriores, medio probatorio ni informe médico pericial alguno del que resulte que la atención que le fue dispensada a la menor fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en sus escritos.

Antes, al contrario, todos los informes obrantes en el expediente, incluido el de la Inspección Sanitaria, coinciden en señalar que la asistencia prestada a la paciente fue conforme con la *lex artis ad hoc*.

En este sentido, y con carácter general, debemos hacer referencia en primer lugar al informe de la Inspección Sanitaria, según el cual:

“La supervivencia en el caso de neonatos con cardiopatía congénita severa sitúa en torno al 66,3%, pero este porcentaje disminuye significativamente cuando hay otras anomalías congénitas asociadas, como malformaciones respiratorias o neurológicas.

- *En casos de hendidura laringotraqueoesofágica tipo III, especialmente si se asocia a traqueobroncomalacia grave, la supervivencia depende de la posibilidad de corrección quirúrgica y del soporte respiratorio prolongado. En los grados III y IV, el pronóstico es muy reservado, con tasas de mortalidad elevadas, aunque no se especifica un porcentaje exacto.*

- *La prematuridad con crecimiento intrauterino retardado, junto con dependencia de ventilación mecánica y crisis convulsivas, agrava aún más el pronóstico.*

Teniendo en cuenta la combinación de todas estas patologías en la niña, la literatura sugiere que la probabilidad de supervivencia al año podría situarse por debajo del 20%, e incluso menor si hay complicaciones infecciosas o neurológicas añadidas”.

En particular, y en lo que se refiere al tratamiento antibiótico que se suministró a la paciente, el informe de 28 de junio de 2022 de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos advierte que *“la profilaxis quirúrgica en la cirugía cardíaca se realiza de forma sistemática en quirófano, con las dosis adecuadas según la duración de la intervención y el sangrado tras la salida de la circulación extracorpórea. En situaciones de tórax abierto, el tratamiento antibiótico dependerá de las consideraciones de los médicos responsables, del riesgo individualizado del paciente y de las manipulaciones que se tengan que llevar a cabo en el paciente debido a sangrado u a otras circunstancias. Existe un protocolo de cirugía cardíaca actualizado en la unidad, que es el que se sigue en todos los pacientes, individualizando según las circunstancias de cada uno de ellos”.*

En este mismo sentido, el informe de la Inspección señala que *“durante la intervención se administró profilaxis antibiótica con cefazolina, mantenida hasta el cierre del tórax, lo cual es práctica habitual. El tratamiento antibiótico fue suspendido el 12 de junio tras evaluación clínica, y ante signos posteriores de infección (exudado purulento en mediastino), se amplió el espectro antibiótico y se aplicaron medidas de control del shock séptico, logrando estabilización temporal.*

Los padres reclaman que se suspendió el uso de cefazolina el día 12 de junio, pero en ese contexto no ofrecía cobertura frente a Stenotrophomonas maltophilia, lo que representa una elección terapéutica inadecuada ante la sospecha o confirmación de este patógeno multirresistente, por lo que esa reclamación no tiene ningún sentido.

La actuación médica fue progresiva, adaptativa y conforme a los protocolos clínicos. La retirada del antibiótico se realizó tras una valoración médica adecuada y en línea con la práctica clínica habitual. La aparición posterior de signos de infección fue respondida con medidas terapéuticas intensivas, incluyendo ampliación antibiótica y soporte vital. Además, el informe de autopsia no atribuye la causa de muerte exclusivamente a la sepsis, sino a una parada cardiorrespiratoria en el contexto de cardiopatía corregida y shock séptico, lo que refuerza el carácter multifactorial del desenlace”.

Además, y respecto al reproche de los reclamantes sobre la falta de información sobre la retirada de la cefazolina, la Inspección Sanitaria manifiesta que “es importante destacar que en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos las decisiones médicas se documentan en la historia clínica electrónica, y los cultivos pendientes se informan como estériles tras cinco días si no hay crecimiento bacteriano. Además, el hospital utiliza técnicas de diagnóstico rápido para identificar microorganismos y ajustar el tratamiento antibiótico en pocas horas, lo que demuestra un enfoque proactivo y personalizado en el manejo de infecciones. En resumen, la suspensión de la cefazolina tras el cierre de tórax se ajusta a los protocolos vigentes, y la evolución clínica fue monitorizada con herramientas avanzada”.

De igual modo, en relación con la información suministrada a los reclamantes, el informe de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos señala que “también se quiere hacer constar de forma explícita, que en nuestra unidad se ofrece una información constante a las familias de los diagnósticos y del estado clínico de sus hijos durante todo el ingreso, que se realizan pases centrados en el paciente y su familia de forma diaria con la enfermería, que se informa varias veces al día de todos los cambios de tratamiento y de la planificación de cada día, que los padres participa en los cuidados de sus hijos desde que éstos se encuentran en fase estable y que disponemos de soporte

psicológico y de atención social desde el ingreso del paciente, cuidando de forma especial el manejo integral de cada paciente de forma individualizada y todos estos aspectos en el trato diario”.

Añade a estos efectos el informe de la Inspección que “respecto a la queja de los padres sobre la falta de información, es importante señalar que en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos se prioriza la comunicación con la familia, pero puede haber momentos críticos donde las decisiones se toman rápidamente por el equipo médico. La documentación indica que se siguieron los protocolos habituales, y no hay evidencia de que se haya prolongado el uso de cefazolina más allá de lo indicado. Además, la evolución clínica fue registrada con precisión, incluyendo cultivos, tratamientos y medidas tomadas ante complicaciones”.

En este sentido, debemos tener en cuenta que tanto esta Comisión Jurídica Asesora, en su Dictamen 410/21, de 7 de septiembre, como, previamente, el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (Dictamen 305/11, de 8 de junio) consideran que, conforme al artículo 9.2 b) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. Por lo tanto, dicho artículo permite que no se obtenga el consentimiento en los supuestos de urgencia vital, en los que no es indispensable contar con el consentimiento de los familiares.

En cualquier caso, debe advertirse que constan en el expediente diferentes documentos de consentimiento informado firmados por los padres de la paciente, entre ellos, el que se corresponde con la

intervención quirúrgica de 9 de junio de 2021 en la que se incluyen como “riesgos personalizados”, entre otros, la mortalidad y las infecciones. Así mismo, a lo largo de la historia clínica, aparecen numerosas anotaciones de evolución, de las que resulta la participación de los padres durante todo el proceso clínico que, desgraciadamente, concluyó con el fallecimiento de la menor.

En definitiva, a la luz de los informes incorporados al procedimiento, en particular, de lo informado por la Inspección Sanitaria, dado el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a su opinión pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”, cabe concluir que la asistencia prestada fue ajustada a la *lex artis*.

Por último, debe también tenerse en cuenta que el Juzgado de Instrucción n.º 44 de Madrid, en Auto de 12 de junio de 2023, decretó el archivo de la denuncia presentada por los reclamantes por supuesta mala praxis médica en los hechos que nos ocupan, señalando a estos efectos que:

“(…) Los doctores especialistas en pediatría de la Escuela de Medicina Legal, único perito que ha actuado, han realizado un informe tomando en consideración datos objetivos y completos como son los contenidos en la documentación médica que se han unido al expediente, y dicho informe no expone duda alguna sobre el tratamiento médico que se dispensó a la menor, estableciendo

que la actuación de los facultativos de la Unidad de Reanimación Infantil y Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital se ajustan a la lex artis pues las medidas terapéuticas realizadas ante la sospecha de infección y aparición de shock séptico son las establecidas en las guías de práctica clínica.

En las conclusiones se establece la situación que presentaba la menor con una cardiopatía congénita y con insuficiencia cardíaca que obligaba a una cirugía, informando a la familia, a través del consentimiento informado, de los riesgos inherentes a dicha intervención quirúrgica incluida la infección. Se añade que durante la cirugía el paciente recibe profilaxis antibiótica con cefazolina que se mantienen hasta cierre del tórax. El tiempo de profilaxis antibiótica se establece por cada unidad según pauta y evaluación de los resultados, siendo práctica clínica habitual la pauta con cefazolina hasta el cierre del tórax. El 14 de junio y con valoraciones periódicas de la paciente se objetiva el exudado purulento de la herida quirúrgica iniciándose antibioterapia de amplio espectro y medidas para control del shock séptico, que son concretadas en la conclusión tercera del informe, que no permitieron la estabilización de la paciente que finalmente fallece.

TERCERO.- En consecuencia, la conducta desplegada por los profesionales médicos denunciados respecto de su actuación médica tras la intervención quirúrgica desarrollada no estaría incardinada en el concepto de mala praxis, cuando menos con relevancia penal. No se ha producido inobservancia de las reglas de actuación que vienen marcadas por los términos jurídicos que se conoce como lex artis”.

Por tanto, en las resoluciones penales sobre los hechos que nos ocupan ahora, ha quedado constancia suficiente de que la actuación sanitaria prestada fue correcta.

Esta Comisión es plenamente consciente de las diferencias entre la responsabilidad penal, la civil derivada del delito y la responsabilidad administrativa [Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 19 de marzo de 2019 (recurso 408/2018)], pero tal y como ya dijimos en los recientes dictámenes 267/24, de 16 de mayo y 311/24, de 30 de mayo- no considera conforme a la seguridad jurídica que una jurisdicción (en este caso, la penal que tiene carácter prevalente por el artículo 44 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial) considere que unas personas no han actuado de forma imprudente y en un procedimiento administrativo se valore la *lex artis* (que no deja de ser un criterio culpabilístico) de forma diferente.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no concurrir daño antijurídico derivado de la asistencia sanitaria.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 22 de abril de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 227/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid