

Dictamen nº: **39/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **02.02.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 2 de febrero de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo de lo establecido en el artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña. y D., en su propio nombre y en el de su hija menor de edad,, por los daños y perjuicios sufridos que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada en distintos centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid, en relación con una infección durante el embarazo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 20 de septiembre de 2019, las personas citadas en el encabezamiento, asistidas por un abogado, presentan un escrito dirigido al Servicio Madrileño de Salud, en el que denuncian la asistencia sanitaria dispensada como consecuencia de una infección sufrida durante la gestación de su segundo hijo.

Los interesados exponen que son padres del nasciturus, fallecido el 26 de octubre de 2018, y que además tienen una hija menor de edad. Relatan que la reclamante, el 23 de septiembre de 2018, con una

gestación de 16 semanas, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por sentir intensos dolores tipo menstruales, si bien fue dada de alta con la única pauta de tomar paracetamol para el dolor, pero sin practicar prueba alguna para averiguar la etiología de los dolores.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, los interesados refieren que, tras varios días, la reclamante siguió experimentando abundante dolor a pesar de la medicación, por lo que el 17 de octubre de 2018 tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles, tras presentar un manchado marrón. Señalan que se le practicó una “*tira de orina*”, indicándole que los leucocitos estaban altos, por lo que existía sospecha de infección urinaria, pero no se le puso tratamiento antibiótico de amplio espectro, porque no se le había realizado un urocultivo. Consideran que es incomprensible, cómo a pesar de la sospecha de infección urinaria, ante los fuertes dolores y el sangrado marrón, pasados 24 días desde el primer ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital de Móstoles, meramente se le recomendase realizar un urocultivo en su centro de salud y no se tomaran las medidas necesarias que demandaban la situación.

Los reclamantes explican que el 23 de octubre de 2018, puesto que no sólo continuaba su malestar, sino que aumentaba su grado de padecimiento, acudió de nuevo al hospital, esta vez al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, donde se realizó de nuevo una “*tira de orina*”. Consideran que esta situación debería haber hecho saltar la alarma dada la sospecha clínica de leucocituria y aunque se realizó el urocultivo, los resultados del mismo no iban a estar disponibles hasta pasada una semana, tiempo suficiente para que ocurriera cualquier adversidad lo suficientemente grave como para requerir actuación de urgencia, pudiendo haberle hecho el urocultivo el primer día que se presentó en el Servicio de

Urgencias o por lo menos, la segunda vez, cuando el estado era más agravado.

Los interesados reprochan que resulta incomprensible que se permitiera llegar a una situación de amenaza de aborto tardío posiblemente secundario a una infección urinaria que no fue correctamente tratada. Relatan que después de pasar la gestante todo el 26 de octubre de 2018 ingresada, con dolores y sin saber aún, qué le pasaba, al día siguiente se le provocó el aborto, resultando fallecido el feto.

Los reclamantes denuncian que la falta de actuación médica y de presentar un diagnóstico claro, ha privado a la reclamante de una oportunidad curativa, pudiéndose haber evitado o aminorado los días de calvario por los que pasó la paciente de hospital en hospital, mareada y estresada con una continua situación de zozobra sin tener un claro diagnóstico, así como el fallecimiento del feto.

En virtud de lo expuesto reclaman una indemnización de 139.102,90 euros, desglosada en los siguientes conceptos: a la gestante, por perjuicio personal (intervención quirúrgica) 1.600,00 euros y por perjuicio personal particular (moral, 15.278,10 euros y pérdida del feto 30.556,20 euros), total: 47.434,30 euros; al reclamante, por perjuicio personal particular (moral, 15.278,10 euros y pérdida del feto 30.556,20 euros) y a la hija del matrimonio por perjuicio personal particular (moral 15.278,10 euros y pérdida de feto 30.556,20 euros).

El escrito de reclamación se acompaña con el libro de familia y documentación médica relativa a la asistencia sanitaria reprochada (folios 1 a 72 del expediente).

SEGUNDO.- Del examen del expediente administrativo resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, de 27 años de edad en la fecha de los hechos, había realizado el seguimiento de su embarazo en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, con resultados ecográficos dentro de la normalidad. Consta en la historia clínica una analítica del primer trimestre realizada el 7 de agosto de 2018, en la que se recoge Enterococo >100.000 UFC (unidades formadoras de colonias) sensible a nitrofurantoina. En la consulta del 6 de septiembre de 2018 se analizan los resultados de la analítica del primer trimestre realizada en el mes de agosto y se pauta nitrofurantoina 100 mg cada 8 horas por 5 días (tratamiento antibiótico).

El día 23 de septiembre de 2018 la gestante (se encuentra en la semana 16 más tres días) acude al Hospital Universitario de Móstoles, por molestias abdominales de horas de evolución en región hipogástrica, sin otros síntomas. Se toman antecedentes de la paciente, se realiza exploración física con constantes normales, vagina y cérvix sin alteraciones, y abdomen blando y depresible. Se realiza ecografía abdominal sin alteraciones, con parámetros fetales normales y sedimento de orina que describen como negativo. En la analítica de orina constan como hallazgos: leucocitos 500/ul, nitritos negativos, hematíes 10/ul y presencia de bacterias 4-6 leucocitos/campo, hematíes aislados y células descamativas de vías bajas. Con el juicio clínico de inexistencia de patología, se pauta el alta sin tratamiento, salvo analgesia.

La gestante acude el 17 de octubre de 2018 al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz dentro de las revisiones normales de paciente embarazada. Se realiza ecografía morfológica, en la que figura *“edad gestacional 20+0. Crecimiento fetal correcto. No se aprecian marcadores ni anomalías morfológicas aparentes”*.

Ese mismo día 17 de octubre de 2018 la reclamante acude al Hospital Universitario de Móstoles por sangrado “*en cantidad menor que una regla*” y dolor en hipogastrio, sin otros síntomas acompañantes. Se analizan antecedentes médicos y ginecológicos. Se realiza exploración física con constantes dentro de la normalidad y genitales externos normales sin sangrado activo. En el control ecográfico se determina gestación en curso y en rango de normalidad. En la analítica se observa hallazgo de leucocitos 500/ul, nitritos negativos, hematíes 250/ul, con presencia de bacterias, filamento mucoide 25-35 leucocitos/campo, 4-6 hematíes/campo y células descamativas de vías bajas.

Se emite el diagnóstico de metrorragia de 2º trimestre sin otros diagnósticos secundarios, siendo dada de alta sin tratamiento y con la recomendación de realización de urocultivo en su centro de salud.

El día 23 de octubre de 2018 la gestante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz por dolor abdominal hipogástrico y sangrado oscuro menor a menstruación, sin síndrome miccional, fiebre o alteración de ritmo intestinal. En la anamnesis se refleja que la reclamante refiere haber tomado Monurol en la semana previa por infección de tracto urinario diagnosticada por su médico de Atención Primaria. Se realiza exploración donde se describe la paciente con buen estado general, útero acorde a las semanas de gestación de tono normal, genitales externos normales, sin metrorragia o amniorrea y cérvix no permeable de aspecto normal. Se realiza toma de constantes con tensión y temperatura en rango normal. También se lleva a cabo ecografía transvaginal sin alteraciones, ecografía abdominal normal y sedimento de orina con tira reactiva con hallazgos de leucocitos (en la historia clínica se consigna XXX en relación con dicho parámetro) y nitratos negativos. No se realiza analítica de orina ni urocultivo. Se recomienda control de cultivo de

orina en su médico de Atención Primaria en una semana y paracetamol para el dolor.

El día 24 de octubre de 2018 la gestante de 21 semanas, acude nuevamente a Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor en ambas fosas lumbares irradiado a hipogastrio y sensación de tripa dura. Niega síndrome miccional y fiebre. Tampoco presenta sangrado ni amniorrea. Se anota que la reclamante fue diagnosticada de infección de tracto urinario por su médico de Atención Primaria, por sedimento con 500 leucocitos sin clara clínica miccional, y tratada con Monurol hacía 7 días, que estaba pendiente de urocultivo y que había acudido a Urgencias el día anterior al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, aportando informe. Se realiza nueva exploración y ecografía con resultados normales y registro cardiotocográfico con dinámica uterina periódica que cede tras analgesia y sueroterapia. Asimismo, consta analítica de orina descrita como: sedimento 500 leucocitos, 150 hematíes, resto normal, y analítica de sangre: leucocitosis de 21.500, neutrofilia de 84%, coagulación y bioquímica normales y PCR 35.1. Al tener evolución favorable y cese de dinámica uterina con tratamiento, se procede al alta de la paciente con el diagnóstico de dinámica uterina sin modificación cervical y la pauta de tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico durante 7 días, y progesterona (progeffik) y cita en consultas de Obstetricia del hospital en 10 días para valorar resultados de hemograma y PCR de control, cultivo de orina, exudado vaginal y cervicometría.

El 24 de octubre de 2018 la reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, por dolor en el área lumbar que se irradia a hipogastrio de una semana de evolución que se ha hecho más intenso ese día y asocia metrorragia escasa desde el 17 de octubre. La reclamante está afebril, no tiene sensación de amniorrea y percibe movimientos fetales. Se anota que ha sido vista en el Hospital Universitario de Móstoles, el diagnóstico y tratamiento pautado. La

interesada no aporta informes. En esta consulta se realiza exploración y ecografía sin hallarse alteraciones. La gestante es dada de alta ese día con el juicio clínico de inexistencia de patología obstétrica de urgencia en ese momento.

La reclamante vuelve al Hospital Universitario 12 de Octubre, el 25 de octubre de 2018, horas después del anterior alta, por sensación de dinámica uterina, sin amniorrea, ni metrorragia o fiebre. Se anota que está en tratamiento con amoxicilina por infección del tracto urinario y que había sido vista el día anterior en el Hospital Universitario de Móstoles.

Se realizan toma de constantes con temperatura 37,4 ° y tensión arterial en rango normal. Asimismo, consta ecografía con hallazgo de longitud cervical 12mm efectiva con funnel de 6mm que no aumenta con valsalva, se vuelve a medir cuello de útero y se objetiva 18 mm sin funnel y el resto normal. En el registro cardiotocográfico hay presencia de dinámica uterina. La analítica de orina muestra leucocitos 3mg/dl, nitritos negativos, sedimento con escasa bacteriuria, PCR 4,89 mg/dl, y analítica de sangre con leucocitos 21,5 x 1000/ul, con neutrófilos 85,3% y fibrinógeno 679 mg/dl. Se pide urocultivo cuyo resultado es estéril.

Se decide hospitalización por dinámica uterina y acortamiento cervical, continuando con tratamiento antibiótico con augmentine 875mg/8horas por sospecha de infección de tracto urinario, aunque no se pueden descartar otros procesos como corioamnionitis, por lo que se deja en estrecha vigilancia durante dicho ingreso.

Se realiza registro de la evolución de la situación clínica de la paciente desde su ingreso, con variaciones respecto a parámetros ecográficos de dilatación y longitud cervical. Al ingreso el cérvix sin modificar, 12 mm longitud cervical 12 mm efectiva con funnel de 6

mm. A las 17:36 horas cérvix sin modificar y ecografía con 26 mm efectivo (funnel en U) y a las 19:55 horas cérvix 1 cm, borrado 50%, bolsa prolapsada y tono uterino aumentado de tamaño.

El 26 de octubre de 2018 a las 14:43 horas se consigna cérvix 1 cm, borrado 50%, y cervicometría 12 mm. En ese momento se comenta el caso con el Hospital Universitario de Móstoles y se anota en la historia clínica que informan de negatividad de urocultivo y trichomonas en exudado vaginal.

Durante el ingreso se van realizando registros cardiotocográficos en los que se muestra irritabilidad uterina y contracciones de baja intensidad.

Consta anotado en la historia clínica que se explica a la paciente el aumento de la probabilidad de corioamnionitis como origen infeccioso tras resultados de cultivos microbiológicos y que en caso de confirmar diagnóstico habría que finalizar la gestación.

Ese mismo día 26 de octubre se alcanza el diagnóstico de corioamnionitis presentando la reclamante una temperatura de 38,1°C, procediéndose a la inducción del parto, ampliándose la antibioterapia y pautando prostaglandinas. A las 19:15 horas se produjo expulsión fetal y alumbramiento de la placenta, pautándose oxitocina. Se realizó legrado evacuador obstétrico en quirófano por presencia de contenido ecomixto intrauterino compatible con coágulos.

En el informe de autopsia fetal consta como padecimiento fundamental del feto la corioamnionitis aguda intensa (corioamnionitis necrotizante correspondiente a fase tardía, según clasificación de Redline 2003), con complicaciones de bronconeumonía y microabscesos subcoriónicos, con hallazgos entre otros de hemorragia en plexo coroideo de ventrículo lateral izquierdo y en matriz germinal subependimaria izquierda, placenta incompleta con el 20% de la

superficie con hematoma intervelloso y coágulo adherido, sin microorganismos identificados (por técnicas habituales), pseudonudo con coágulos intravasculares en cordón umbilical y pérdida completa del epitelio amniótico y sustitución por neutrófilos (corioamnionitis necrotizante), siendo la causa de la muerte la interrupción terapéutica del embarazo.

El 31 de octubre de 2018 la reclamante acude a consulta de resultados en Hospital Universitario de Móstoles. Se anota en informe que el resultado de exudado vaginal para trichomona es negativo, aunque telefónicamente desde el Hospital Universitario de Móstoles se comentó al Hospital Universitario 12 de octubre que dicho resultado era positivo. El exudado era negativo para hongos y en urocultivo se aisló Enterococo. Se pautó el alta.

TERCERO.- Presentada la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), de lo que se dio traslado a los reclamantes.

Consta en el expediente examinado la historia clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre, del Hospital Universitario de Móstoles y del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (folios 78 a 232 del expediente).

Se ha incorporado al procedimiento el informe de 19 de noviembre de 2019 del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Móstoles en el que se detalla la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante y se explica que durante las visitas al Servicio de Urgencias del centro hospitalario se procedió en todos los casos a descartar a la infección urinaria, así como a valorar la normal evolución de la gestación, no encontrándose signos de alarma.

El informe destaca que la presencia de leucocitos en orina sin clínica de síndrome miccional no son indicativos de infección de orina ni de coriamnionitis. Aclara que el diagnóstico de la infección de orina es fundamentalmente clínico, sustentado por la interpretación del sedimento urinario (leucocituria y presencia de nitritos en el sedimento o tira reactiva) y el urocultivo, si bien dichas estas pruebas sólo tienen valor si se correlacionan con los síndromes clínicos (disuria, tenesmo y polaquiuria), siendo la leucocituria y la bacteriuria hallazgos muy frecuentes en población asintomática sin infección urinaria.

Asimismo, el informe explica que la coriamnionitis (inflamación aguda del corion y amnios, así como del feto, cordón y líquido amniótico) cuyo diagnóstico es eminentemente clínico, se basa en los criterios de Gibbs, por la asociación de fiebre materna ($+37.5^{\circ}\text{C}$) y 2 o más de los siguientes criterios clínicos menores: taquicardia materna, taquicardia fetal, leucocitosis materna >15000 leucos/mm, irritabilidad uterina y leucorrea maloliente.

El informe explica que cuando la paciente consultó por última vez en el centro hospitalario se objetivó leucocitosis e irritabilidad uterina, pero no fiebre materna, taquicardia materna ni leucorrea maloliente, por lo que se inició tratamiento médico de la infección urinaria dado el antecedente de infección de tracto urinario bajo, tratado por Atención Primaria, extracción de cultivos y control en la consulta para ver evolución y control de cervicometría, explicando a la paciente el diagnóstico y los signos de alarma por los que debía acudir a Urgencias. Concluye que en ningún momento se omitió información a la paciente ni existió mala asistencia y que el proceso de coriamnionitis podría haber acontecido de modo súbito, y dada la edad gestacional de la paciente no existía posibilidad de supervivencia fetal, siendo la edad previsible $<23+6$ semanas.

De igual modo, consta en el expediente examinado el informe de

21 de noviembre de 2019 del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz en el que se expone que la reclamante acudió a consultas de Obstétrica para seguimiento de su gestación, realizándose los controles clínicos, analíticos y ecográficos con cribado prenatal de aneuploidías según el protocolo establecido y detectándose en el urocultivo de la analítica del primer trimestre, la presencia crecimiento de bacterias (*Enterococcus* sp) y se recomendó el tratamiento antibiótico adecuado según el antibiograma que consta en la historia clínica en la semana 14 de gestación.

Refiere que el 17 de octubre de 2018 fue vista en la Unidad de Diagnóstico Prenatal estando asintomática, para la realización de la ecografía morfológica, con resultado de normalidad (bajo riesgo). Respecto a la visita al Servicio de Urgencias el 23 de octubre de 2018, por “*dolor abdominal hipogastrio y sangrado oscuro menor*”, sin síndrome miccional ni fiebre y habiendo tomado Monurol en la semana previa por infección del tracto urinario diagnosticado por su médico de Atención Primaria, el informe refiere que tanto la exploración, como la ecografía y valoración del cérvix resultaron normales y que se le realizó un análisis de orina en tira reactiva sin presencia de bacterias o nitritos, con presencia de leucocitos (signo bastante inespecífico), por lo que fue dada de alta porque no presentaba criterios de ingreso ni de sospecha de infección urinaria, no obstante, se recomendó la realización de cultivos de orina en Atención Primaria, como dice, viene siendo habitual.

A lo dicho, el informe añade que las infecciones urinarias en la gestación son relativamente frecuentes y por ello, se le realizó la analítica de orina en el primer trimestre, se detectó en consulta de Obstetricia la infección y se trató convenientemente, y se realizaron las medidas oportunas para poder prever la amenaza de parto pretérmino en la gestante. Añade que tanto la prematuridad como las infecciones

subclínicas que pueden presentar las gestantes, son un problema actual en la medicina materno-fetal en todos los países desarrollados y aun no se ha podido determinar las medidas necesarias para solucionar estos problemas de salud.

Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de 13 de abril de 2020 del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario 12 de Octubre que se limita a señalar que el diagnóstico de tricomoniasis vaginal que consta en la historia clínica del centro hospitalario, aparece como consecuencia de que los ginecólogos del Hospital Universitario de Móstoles así lo transmitieron telefónicamente con fecha de 26 de octubre de 2018, y por tanto, se fiaron de dicho diagnóstico.

En dicho informe se menciona otro anteriormente emitido por el citado servicio que no constaba en el expediente, por lo que requerido el Hospital Universitario 12 de Octubre para su incorporación al procedimiento, obra en los folios 244 a 247 el informe emitido el 17 de octubre de 2019, en el que se da cuenta de la asistencia sanitaria dispensada a la gestante.

En el informe se indica que en la primera asistencia del día 24 de octubre de 2018, el diagnóstico clínico más probable era de infección del tracto urinario inferior, no complicado, no existiendo indicios de amenaza de parto prematuro tras haberse realizado las exploraciones que permiten detectar modificaciones del cuello uterino, por lo que considera que la actitud adoptada fue la correcta.

En cuanto a la asistencia del 25 de octubre señala que dada la modificación de la situación clínica de la gestante, se optó, de forma correcta, por el ingreso, con la motivación principal de la vigilancia estrecha de la gestación, dado que la combinación de probable infección del tracto urinario inferior junto a la modificación del cuello uterino sugerían la probabilidad de que se produjera un parto

inmaduro, posiblemente asociado a una corioamnionitis, no obstante, dada la edad gestacional y la situación clínica, no se consideró oportuno el instaurar tratamiento tocolítico, dado que este se reserva para gestaciones en las que la viabilidad fetal está próxima o se ha alcanzado ya la edad gestacional mayor o igual a 24 semanas.

Respecto a la asistencia posterior explica que los datos acumulados hasta este momento en esta paciente no permitían de forma inequívoca el diagnóstico clínico de corioamnionitis, al estar ausente el criterio diagnóstico principal que es la fiebre y más aun estando la bolsa amniótica íntegra. Sin embargo, dadas las alteraciones analíticas sugestivas de infección y la dinámica uterina lo más recomendable era mantener a la paciente en observación, bajo tratamiento antibiótico en espera de respuesta de la infección urinaria sospechada, no estando justificada la administración de tratamiento tocolítico. Posteriormente, las rápidas modificaciones del cuello uterino eran altamente sugestivas de que se pudiera producir un parto inmaduro en las siguientes horas, no estando recomendada ni la tocolisis ni la actitud activa por interés fetal, incluyendo en ese momento la administración de corticoides para maduración pulmonar fetal. Ante la evolución de la paciente, y la existencia de analíticas en curso en el Hospital de Móstoles, se contactó con sus facultativos que informaron de la negatividad del urocultivo y de la presencia de trichomonas en el exudado vaginal, por lo que se explicó a la gestante el aumento de la probabilidad de que se tratase de una corioamnionitis, y que en caso de confirmarse la actitud recomendada sería la de finalizar la gestación por interés materno, como así ocurrió.

Posteriormente se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria que, tras analizar los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las correspondientes consideraciones médicas, concluye que, si bien es

cierto que el diagnóstico y tratamiento de los pacientes se dificulta por la duplicidad de pruebas y la atención en múltiples centros, no siendo lo adecuado ya que no hay posibilidad de realizar correcta atención y seguimiento; tanto en la Fundación Jiménez Díaz como en Hospital Universitario de Móstoles, no se realiza urocultivo ni se indica la realización del mismo en las primeras atenciones en dichos hospitales ante la sospecha de infección de tracto urinario, no siendo lo correcto según bibliografía y por tanto no siendo adecuado a *lex artis*. Sí considera correcta la atención en Hospital Universitario de Móstoles en su última atención en Urgencias, con realización de todas las pruebas recomendadas ante la sospecha clínica y pauta de tratamiento acorde a guías clínicas, por lo que dicha atención se considera adecuada a *lex artis*. Desde el ingreso en Hospital Universitario 12 de Octubre, la actitud tanto de diagnóstico como de tratamiento se ajusta a la bibliografía consultada, poniendo los medios adecuados para el diagnóstico de la paciente y vigilancia de su evolución, dada la sospecha clínica inicial y la gravedad de la declaración de un diagnóstico de corioamnionitis por su necesidad de finalización de gestación y la existencia de otro posible diagnóstico, así como el tratamiento pautado en todo momento; considerando por tanto ajustado dicho manejo a *lex artis*. Añade que no es posible asegurar que el diagnóstico y tratamiento de manera más precoz de una posible bacteriuria asintomática, hubiera evitado el desarrollo de corioamnionitis, por lo que no es posible asegurar que este hecho influyera en el resultado final. Señala que, si bien es cierto que hay un error en la información compartida entre el Hospital Universitario de Móstoles y el Hospital Universitario 12 de octubre, ese hecho no altera el resultado final del proceso, el diagnóstico de corioamnionitis ni la necesidad de la finalización de la gestación.

Se ha incorporado al procedimiento un informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud por dos especialistas en Ginecología y Obstetricia en el que se concluye

que la atención prestada por parte de los facultativos de los distintos servicios de los centros hospitalarios implicados en el proceso asistencial de la reclamante fue acorde a protocolos obstétricos y por tanto acorde a la *lex artis ad hoc*.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes y al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en cuanto centro concertado con la Comunidad de Madrid.

Figuran en el procedimiento las alegaciones formuladas por los reclamantes que incidieron en los términos de su reclamación inicial que consideran corroboradas por lo informado por la Inspección Sanitaria.

El 25 de noviembre de 2020 formuló alegaciones el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz que insistió en su actuación conforme a la *lex artis* y aportó un informe complementario del Servicio de Ginecología y Obstetricia en contestación a lo informado por la Inspección Sanitaria. En el mencionado informe se aclara que el día 23 de octubre de 2018, la gestante acudió al Servicio de Urgencias del centro hospitalario por dolor abdominal sin otros signos ni síntomas que sugiriesen infección urinaria en ese momento y que en ningún caso presentó signos de poder haber sido diagnosticada de infección urinaria; si bien dos meses antes, se le había realizado dentro del protocolo asistencial del control gestacional, un cultivo urinario que indicaba presencia de bacterias con resultado positivo y su consiguiente antibiograma, recibiendo tratamiento antibiótico. Dicho informe adjunto el protocolo de la SEGO sobre infección urinaria y gestación.

Finalmente, el 14 de diciembre de 2020 se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de

responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada.

CUARTO.- El 21 de diciembre de 2020 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 2 de febrero de 2021.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, según el cual: “3.*En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada*”.

En el caso que nos ocupa, los interesados han cifrado la cuantía de la indemnización que reclaman en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC, dada la fecha de presentación de la reclamación.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto que recibió la asistencia sanitaria por la que se reclama y ha sufrido el daño moral derivado de la pérdida del feto. Igualmente cabe reconocer legitimación activa al reclamante y a la hija de ambos interesados por el indudable daño moral que implica el fallecimiento del feto. La niña actúa debidamente representada por sus progenitores a tenor de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil que atribuye a los padres la representación legal de los hijos menores no emancipados. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a todos los reclamantes mediante copia del libro de familia.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario de Móstoles y por Hospital Universitario 12 de Octubre, centros hospitalarios integrados en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, y por el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en cuanto centro concertado con dicha Administración. Respecto a este último centro hospitalario, cabe recordar que esta Comisión Jurídica Asesora viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010). En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de

las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12ª de la Ley 30/92 de 26 de noviembre, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, en el que se denuncia la deficiente asistencia sanitaria dispensada a la reclamante durante su gestación, en los meses de septiembre y octubre de 2018, fecha esta última en la que se produjo la finalización del embarazo y el fallecimiento del feto, concretamente el día 26 de ese mes de octubre, resulta claro que la reclamación formulada el día 20 de septiembre de 2019, se ha presentado dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que se ha incorporado al expediente la historia clínica de los distintos centros hospitalarios contra los que se dirigen los reproches de los reclamantes y en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los diversos servicios implicados en la asistencia sanitaria denunciada. Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de la

Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen y un informe emitido por dos especialistas en Ginecología y Obstetricia a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud. Además, se ha conferido trámite de audiencia a los reclamantes y al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en cuanto centro concertado con la Comunidad de Madrid. Se observa que ese último centro hospitalario ha emitido un informe complementario firmado por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del que no se ha dado traslado a los interesados. No obstante, puesto que dicho informe no aporta ningún hecho nuevo, no consideramos que se haya causado indefensión a los reclamantes por su falta de remisión.

Finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución, remitida junto con el resto del expediente a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, de lo anterior cabe concluir que el procedimiento se ha tramitado de forma completa sin que se haya omitido ningún trámite que resulte esencial 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. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las

Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el artículo 32 de la LRJSP:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de*

auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), en la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, “*no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente*”, por lo que “*si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido*” ya que “*la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados*”.

CUARTA.- Como se ha visto en los antecedentes de hecho, los reclamantes denuncian que hubo un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la infección que padecía la gestante, pues tras haber acudido en reiteradas ocasiones a distintos centros hospitalarios, no se le realizó un urocultivo en las primeras asistencias para detectar los patógenos involucrados en el proceso infeccioso y en consecuencia, el tratamiento eficaz contra los mismos no se pautó como premura, con la consiguiente penuria para la embarazada por los días que estuvo sin un claro diagnóstico y que culminaron con la pérdida del feto.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por los reclamantes, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si se produjo la omisión de medios denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone.

En este caso, la Inspección Sanitaria es clara al considerar en su informe que tal obligación de medios no se cumplió de manera correcta pues entiende que debió actuarse más precozmente, tachando de inadecuadas las actuaciones realizadas en las primeras asistencias de la interesada al Hospital Universitario de Móstoles y al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

En este sentido, la Inspección Sanitaria explica que las infecciones del tracto urinario son una de las complicaciones médicas más frecuentes de la gestación y su importancia radica en que pueden repercutir tanto en la salud materna, como en la evolución del embarazo. Destaca que por ello la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, así como otras sociedades científicas recomiendan que, en el primer trimestre de la gestación, coincidiendo con la primera

analítica que se realice a la gestante, se efectúe un cultivo de orina para la detección de la bacteriuria asintomática. Expone que si el cultivo es negativo no se recomienda un nuevo cribado en mujeres de bajo riesgo, aunque sí es conveniente repetirlo en gestantes de alto riesgo de infección. En el caso de que se detecte bacteriuria asintomática tras su tratamiento se recomienda la comprobación de la curación con un urocultivo a los 7-15 días de finalizar el tratamiento y que se deben realizar cultivos de orina periódicos con posterioridad para detectar recidivas, pues la bacteriuria asintomática no tratada es un factor de riesgo de pielonefritis, bajo peso al nacer y parto prematuro. Añade que, para el diagnóstico, la SEGO señala que no son válidos ni el estudio microscópico de la orina ni las tiras reactivas, pues su sensibilidad y valor predictivo positivo es bajo.

Por lo que se refiere al caso de la interesada, el informe de Inspección explica que en la historia clínica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz no figura que se hubiera realizado analítica de primer trimestre como está recomendado, por lo que al constatarse esa circunstancia se realizó el 6 de agosto de 2018 dicha analítica, cuyos resultados fueron vistos en la consulta de revisión de 6 de septiembre, en los que se apreció Enterococo > 100000 UFC, sensible a nitrofurantoína, por lo que en dicha consulta se pautó tratamiento antibiótico. Para la Inspección, si bien se realizó de esta manera el cribado de primer trimestre de infección de tracto urinario, sin embargo, no fue revisado ni repetido el urocultivo tras el tratamiento como se recomienda en la bibliografía, encontrando la Inspección Sanitaria en esta primera asistencia una actuación no acorde a las recomendaciones.

Por lo que se refiere a la primera asistencia en el Hospital Universitario de Móstoles, el día 23 de septiembre de 2018, cuando la reclamante acudió por molestias abdominales, la Inspección Sanitaria

destaca que se realizó ecografía abdominal y analítica de orina, por lo que deduce que se sospechaba de infección del tracto urinario y se realizaron pruebas para descartar dicho diagnóstico. Subraya que, aunque en el informe que consta en la historia clínica se describe el sedimento de orina como negativo, en la analítica se objetivaron leucocitos 500/ul, con resto de resultados negativos, y en sedimento se describió la presencia de bacterias 4-6 leucocitos/campo, hematíes aislados y células descamativas de vías bajas frecuentes, datos no concluyentes para el diagnóstico de infección de tracto urinario o bacteriuria asintomática, ya que la recomendación, según lo antes señalado es la realización de urocultivo, que no se efectuó. La Inspección explica que aunque los resultados tardan en obtenerse en torno a 5 o 7 días, en el Servicio de Urgencias no se dispone de ese tiempo, pero se puede recoger la muestra para analizar y de manera diferida remitir los resultados o bien recomendar su realización en el centro de salud, pero nada de esto se hizo en este caso, como habría sido necesario para el diagnóstico con certeza de la infección y haber pautado tratamiento, que tampoco se recomendó en esta asistencia, salvo el analgésico, por lo que tampoco se considera esta actuación conforme a las recomendaciones.

Respecto a las siguientes asistencias, el día 17 de octubre, en el Hospital Universitario de Móstoles y el 23 de octubre, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, la Inspección Sanitaria indica que si bien tampoco se realiza urocultivo, sí se recomienda su realización en el centro de salud, lo que implica que en ambos casos se sospechó de infección de tracto urinario y considera correcta, de acuerdo con las recomendaciones la derivación al centro de salud, donde consta que la reclamante fue vista y se pautó tratamiento antibiótico, por lo que considera que el seguimiento y urocultivo de confirmación debería haber continuado, a partir de ese momento, en el ámbito de la Atención Primaria. También considera adecuada la atención en el Hospital Universitario de Móstoles en la última atención

(el 24 de octubre de 2018), al realizarse todas las pruebas recomendadas ante la sospecha clínica y pauta de tratamiento acorde a guías clínicas. De igual modo entiende correcta, la actitud tanto de diagnóstico como de tratamiento en el Hospital Universitario 12 de Octubre, desde el ingreso, pues considera que se pusieron los medios adecuados para el diagnóstico de la paciente y vigilancia de la evolución, dada la sospecha clínica inicial y la gravedad de la declaración de un diagnóstico de corioamnionitis, pautándose el tratamiento adecuado en todo momento. Además, considera que, aunque se produjo un error en la transmisión de información entre el Hospital Universitario de Móstoles y el Hospital Universitario 12 de Octubre, ello no tuvo repercusión en el resultado final pues se confirmó el diagnóstico de corioamnionitis en la autopsia fetal.

En base a lo dicho, la Inspección Sanitaria considera que, si bien es cierto que el seguimiento de la reclamante se vio dificultado por su periplo por distintos centros hospitalarios, tanto en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz como en el Hospital Universitario de Móstoles, no se realizó urocultivo ni se indicó⁸ la realización del mismo en las primeras asistencias reseñadas, no siendo lo correcto según la bibliografía y por tanto no siendo adecuado a la *lex artis*.

En este caso, los informes médicos de los servicios implicados en el proceso asistencial de la reclamante no dan una explicación razonable a los reproches de los interesados y en particular a la omisión de medios denunciada. Así el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Móstoles omite en su relato de los hechos y en las consideraciones médicas la referencia a la asistencia del día 23 de septiembre de 2018, que ha sido considerada inadecuada por la Inspección Sanitaria. Tampoco el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario

Fundación Jiménez Díaz, ofrece mayor aclaración, centrando sus explicaciones en las consultas que no han merecido reproche por parte de la Inspección Sanitaria. Incluso en el informe complementario emitido por dicho servicio tras conocer el informe de la Inspección, no se contiene ninguna explicación que pudiera justificar su actuación, y además aporta el protocolo de la SEGO respecto a las infecciones urinarias en el embarazo que no hace sino corroborar las afirmaciones de actuación contraria a protocolo vertidas en el informe de la Inspección Sanitaria. De igual modo, el informe emitido por dos especialistas en Ginecología y Obstetricia a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud comienzan el análisis de la atención sanitaria en la asistencia de 17 de octubre de 2018 en el Hospital Universitario de Móstoles, omitiendo cualquier referencia o análisis a las asistencias anteriores, precisamente las consideradas inadecuadas por la Inspección Sanitaria.

Así las cosas, según la Inspección Sanitaria, se produjo una omisión de pruebas diagnósticas que resultaban recomendadas según los protocolos de aplicación, y a esta conclusión debemos atender, teniendo en cuenta por una parte la falta de explicación razonable de lo sucedido por parte de los servicios a los que se imputa la causación del daño y de otro lado la especial valoración que solemos otorgar a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, como hemos dicho reiteradamente, responde a criterios de objetividad, imparcialidad y rigor científicos, como ha resaltado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en varias sentencias [por ejemplo, en la Sentencia de 27 de junio de 2019 (rec. 505/2017)].

En este caso resulta de lo informado por la Inspección Sanitaria, que se desconoce si de haber realizado con premura las pruebas diagnósticas omitidas y por tanto haber pautado un tratamiento más precoz de la bacteriuria de la interesada, se habría evitado el desarrollo de la corioamnionitis, pero lo cierto es que se privó a la paciente de

unas pruebas diagnósticas y de un tratamiento más acorde a su patología, pues en palabras de la Inspección Sanitaria, la realización de urocultivo, además de determinar si existe infección, revela el tipo de microorganismo causante y el posible tratamiento más sensible a dicho hallazgo. Por lo que cabe concluir que concurre la responsabilidad de la Administración al no haber puesto los medios a su alcance para evitar la pérdida de oportunidad de diagnóstico y tratamiento, causando un daño que los reclamantes no tenían la obligación jurídica de soportar.

Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de noviembre de 2018 (recurso 703/2016), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en los casos de pérdida de oportunidad *“el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera”* y añade *“constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una falta de servicio”*.

QUINTA.- Procede pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

En este caso en el que valoramos una pérdida de oportunidad, hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, que normalmente resulta de difícil o incierta apreciación en la mayoría de

las ocasiones, pues se trata en realidad de una hipótesis o conjetura de lo que hubiera pasado si se hubiera actuado de otro modo. Como señala el Tribunal Supremo (así Sentencia de 27 de enero de 2016), en la pérdida de oportunidad hay *“una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable”*.

En los casos de responsabilidad por apreciar la concurrencia de una pérdida de oportunidad, tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en nuestros dictámenes 146/17, de 6 de abril, y 340/18 de 19 de julio, que el objeto de reparación no es el daño final, sino un daño moral, precisamente el perjuicio proporcional a la pérdida de oportunidad sufrida, valorando en qué medida con una actuación a tiempo se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable para el paciente. Consecuentemente, la indemnización es inferior al daño real sufrido y proporcional a las expectativas de éxito de la oportunidad que se perdió.

En este caso, tras ponderar las circunstancias del asunto examinado, y la dificultad que entraña la determinación del porcentaje que supone la privación de expectativas, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuado reconocer una cantidad global de 15.000 euros para la gestante, teniendo en cuenta el daño físico sufrido y el daño moral por pérdida del feto, así como una indemnización de 10.000 euros para cada uno de los otros dos interesados, por el daño moral, cantidades que deben considerarse ya actualizadas.

El reconocimiento de una cantidad global sin aplicar el baremo de accidentes de tráfico ha sido el criterio acogido por esta Comisión Jurídica Asesora en dictámenes anteriores (así el Dictamen 400/16, de 15 de septiembre, el Dictamen 131/18, de 15 de marzo y el Dictamen 136/18, de 22 de marzo, entre otros). En los mencionados dictámenes nos hicimos eco de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de

Madrid de 15 de junio de 2016 (recurso 306/2013) en la que en un caso parecido de pérdida de oportunidad rechaza la aplicación del baremo respecto al que destaca *“que según la doctrina jurisprudencial de la Sala Tercera...no tiene carácter vinculante, pues de acuerdo con la doctrina consolidada de esta Sala, antes citada, su aplicación se efectúa a efectos orientadores o analógicos, sin que limite las facultades de la Sala en orden a la concreción de la indemnización que estime aplicable para procurar la indemnidad del perjudicado, en atención a las circunstancias concurrentes”*. La sentencia opta por la valoración global del daño, acogiendo doctrina del Tribunal Supremo (así Sentencia de 17 de julio de 2014) en la que se dice que *«la Jurisprudencia ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la STS 3 de enero de 1990 , derive de una “apreciación racional aunque no matemática” pues, como refiere la Sentencia del mismo Alto Tribunal de 27 de noviembre de 1993, se “carece de parámetros o módulos objetivos”, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, incluyendo en ocasiones en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole causados, aun reconociendo, como hace la Sentencia 23 de febrero de 1988 , “las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas” en una suma dineraria»*.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada y reconocer una indemnización de 15.000 euros para la gestante y 10.000 euros, para cada uno de los otros dos interesados, cantidades

que se consideran ya actualizadas.

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 2 de febrero de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 39/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid