



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 4 2 3 / 2 0 0 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 2 de septiembre de 2009.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por F.S.M.A., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 395/2009 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

### II

Los hechos en lo que se basa la presente reclamación presentada por F.S.M.A., según se relata en la solicitud presentada, son los siguientes:

*PRIMERO.- El día 24 de octubre de 2002 ingresé en el Servicio de paritorio del Hospital Materno Infantil para dar a luz, ya que había roto aguas. Una vez ingresada me dijeron que me iban a inducir el parto. Al cabo de una hora de haber empezado*

---

\* PONENTE: Sr. Díaz Martínez.

*la inducción empecé a sentirme mal con fatigas y mareos. El sanitario que estaba conmigo, el cual no se identificó en ningún momento, me dijo que era de mal respirar pero no era cierto, éste no era el primer hijo que he tenido.*

*Cuando llegó el anestesista se dio cuenta que el latido del niño estaba ausente, corriendo la vida del mismo peligro, por lo que me llevaron corriendo al quirófano para realizarme una cesárea de emergencia, ya que por lo visto me diagnosticaron desprendimiento de placenta. Como consecuencia de la ausencia de latido en mi hijo, el niño estuvo en un estado de HIPOXIA.*

*SEGUNDO.- Por motivo de dicha cesárea de emergencia se me produjo un daño: de una cicatriz vertical (cuando así nunca se realiza) en mi cuerpo más grande de lo habitual creándome un perjuicio estético considerable. Además del daño moral que la misma me está causando.*

*TERCERO.- Relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento del servicio público: como consecuencia del mal trato recibido y la urgencia del caso, el anestesista que apareció al final fue quien se dio cuenta de la gravedad y pidió hacer urgentemente la cesárea. Sin pedirme permiso para realizarla, sin saber quiénes me estaban tratando. Como consecuencia de la ausencia de latido en el niño, se le produjo a mi hijo menor un estado de hipoxia.*

La reclamante solicita por estos hechos una indemnización por el importe que se determine en el momento procesal oportuno. En escrito posterior sin embargo solicita una indemnización de 12.000 euros por el perjuicio estético y el daño moral producido.

### III

1. La reclamante, F.S.M.A., ostenta la condición de interesada en el presente Procedimiento de responsabilidad patrimonial al pretender el resarcimiento de un daño de carácter personal cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por un Centro perteneciente al Servicio Canario de la Salud.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación ha sido presentada el 30 de octubre de 2003 en relación con los hechos ocurridos el 24 de octubre de 2002. No obstante, no puede ser calificada de extemporánea pues consta en la historia clínica que a la paciente se le retiraron los

puntos de sutura con fecha 31 de octubre de 2002, por lo que, de acuerdo con lo previsto en el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), no puede ser calificada de extemporánea.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La Resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

2. Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

La reclamación fue presentada por la interesada el 30 de octubre de 2003 en el Registro General del Servicio Canario de la Salud, iniciándose en esta fecha el procedimiento.

El 5 de noviembre de 2003 se remite escrito a la interesada en el que se comunica el procedimiento a seguir, número de expediente y efectos del silencio administrativo.

El 13 de noviembre de 2003 se le requiere para que proceda a la subsanación y mejora de su solicitud mediante la aportación de fotocopia compulsada de su Documento Nacional de Identidad así como la proposición de prueba de la que pretenda valerse o manifestación expresa de que no desea que se lleve a efecto.

En el plazo conferido, la interesada aporta la documentación solicitada y propone los siguientes medios de prueba: la aportación de su historia clínica, así como un informe resumen comprensivo de su historial médico elaborado por el Centro donde fue atendida; un informe médico pericial en el que, una vez realizado un examen médico exhaustivo para la determinación de los posibles daños y secuelas ocasionadas como consecuencia de la intervención, se emita un pronunciamiento

sobre su alcance y valoración así como sobre la posible existencia de nexo causal entre el servicio prestado y el resultado y, finalmente, la práctica de prueba testifical por parte de los componentes del cuerpo médico que efectuó la cesárea.

El 22 de diciembre de 2003 se dicta Resolución por la que se admite a trámite la reclamación, se ordena el inicio del procedimiento y se comunica a la interesada que con la misma fecha se solicita a través del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia el informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo máximo legal para resolver el procedimiento hasta la recepción del referido informe, que será oportunamente comunicada a la interesada.

Esta Resolución fue notificada el día 13 de enero de 2004, presentando la reclamante escrito el siguiente día 23 en el que procede a la cuantificación de la indemnización en la cantidad de 12.000 euros.

El 15 de octubre de 2004 la afectada presenta nuevo escrito en el que solicita el levantamiento de la suspensión acordada el 22 de diciembre de 2003, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido, así como la resolución del procedimiento.

El Servicio de Inspección emite informe el 21 de abril de 2005, tras requerimiento posterior a su solicitud inicial efectuado el 24 de noviembre de 2004. Se adjunta a este informe copia de la historia clínica de la paciente y se acompaña además el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Centro Hospitalario en el que se prestó la asistencia sanitaria.

Mediante escrito de 18 de mayo de 2005, notificado el siguiente día 27 y con carácter previo al acuerdo probatorio se requiere a la interesada para que aporte listado de preguntas que desea que se formule al cuerpo médico que realizó la intervención.

El 1 de julio de 2005 la interesada presenta escrito en el que solicita copia de los informes médicos existentes a los efectos de poder realizar el listado de preguntas. En contestación a esta solicitud, el 14 de julio se le remite por el órgano instructor copia de la historia clínica y de los informes emitidos.

En escrito presentado el 3 de agosto de 2005 en la Delegación del Gobierno, la interesada aporta el listado de preguntas.

El 6 de febrero de 2006 se adopta Acuerdo probatorio por el que se admite la prueba documental propuesta por la interesada, que ya figura en el expediente, se la tiene por desistida de la práctica de la prueba testifical al no haber formulado el

listado de preguntas y se inadmite la pericial propuesta por no considerarse relevante su práctica, toda vez que no se cuestiona por el órgano instructor el hecho de que con ocasión de la cesárea realizada se practicó una incisión media infraumbilical, no siendo por tanto necesario un examen médico de la reclamante. Se aportan finalmente como documentales los informes recabados por la Administración y se tiene por evacuado el trámite probatorio.

Notificado este Acuerdo a la interesada con fecha 21 de febrero de 2006, ésta presenta recurso de reposición en el que solicita la práctica de la testifical propuesta toda vez que había presentado el interrogatorio de preguntas el 3 de agosto de 2005 ante la Delegación del Gobierno.

Requerida esta documentación por la Administración a la Delegación del Gobierno y remitida certificación acreditativa por su Secretaría General con fecha 7 de abril de 2006, se procede a partir del 17 de abril de 2008 a la tramitación de la prueba testifical mediante la identificación del personal facultativo y de enfermería que atendió a la reclamante, la fijación del día en que se procedería a su práctica y los cambios de fechas debidos a diversas vicisitudes, que fueron debidamente notificados a la interesada.

Las testificales propuestas fueron practicadas en fechas 28 de julio, 7 y 14 de octubre de 2008 y 19 de marzo de 2009.

El 19 de marzo de 2009 se acuerda la concesión del trámite de audiencia, que fue notificado el siguiente día 26 del mismo mes, sin que la interesada presentara alegaciones durante el plazo concedido al efecto.

El 14 de mayo de 2009 se elabora Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud en la que se propone la desestimación de la reclamación, solicitándose el siguiente día 19 el informe del Servicio Jurídico, que se emite el 5 de junio y en el que se estima conforme a Derecho la desestimación pretendida.

Finalmente, el 26 de junio de 2009 se elabora la definitiva Propuesta de Resolución en el mismo sentido desestimatorio, solicitándose seguidamente el Dictamen de este Consejo Consultivo.

3. A la vista de las actuaciones practicadas puede considerarse que se han observado los trámites legal y reglamentariamente previstos, con la excepción del plazo para resolver, estando paralizado el procedimiento durante varios años. La

demora producida sin embargo no impide la resolución de éste, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

Procede además, por lo que a la Propuesta de Resolución se refiere, señalar que se advierte error en su Fundamento de Derecho Primero, párrafo tercero, en cuanto a la fecha de presentación de la reclamación.

## IV

1. En lo que se refiere al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar que no concurren en el presente caso los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad de la Administración.

De la documentación obrante en el expediente se deriva la siguiente secuencia de hechos, tal como han sido señalados en el Informe de Inspección con base en la historia clínica de la paciente:

El 27 de septiembre de 2002 ingresa en el Hospital Materno Infantil para control de gestación de 32,5 semanas por crecimiento intrauterino retardado. Dado el diagnóstico y que la paciente no puede hacer reposo en su domicilio se decide el ingreso para control de la gestación.

Se realizan pruebas, tratamientos y observación de su gestación. Dada la buena evolución de la madre y del feto se decide alta hospitalaria el 10 de octubre de 2002. Se le cita en consulta para el 17 de octubre de 2002 con pruebas de fisiopatología fetal.

Es valorada el 18 de octubre de 2002, ecografía normal y test no estresante reactivo, normal por tanto.

A las 23:35 horas del día 23 de octubre de 2002 ingresa en el Hospital Materno Infantil por sospecha de rotura precoz de bolsa.

Se confirma la rotura de bolsa, según anotaciones, a las 2:10 horas del 24 de octubre de 2002. Se cursan analíticas, toma de constantes y no consta dinámica uterina.

En la mañana siguiente se decide inducción al parto por ginecólogo y baja a paritorio alrededor de las 12:00 horas.

Consta que al menos desde las 12:29 horas se practica monitorización continua, con registros fetales y uterinos normales. Dinámica espontánea de buena intensidad y frecuencia cardiaca fetal con buena variabilidad.

A las 15:24 horas se objetiva bradicardia fetal mantenida asociada a un incremento de la actividad uterina que hace sospechar un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

A las 15:30 horas pasa a quirófano a fin de practicar cesárea de emergencia por las complicaciones obstétricas, con incisión media infraumbilical se extrae feto alrededor de las 15:40 horas y se objetiva el desprendimiento de más de un 50% de la superficie de la placenta.

No constan alteraciones en el recién nacido, buena adaptación a la vida extrauterina, sin incidencias.

Ambos causan alta hospitalaria el 28 de octubre de 2002.

2. Durante la instrucción del procedimiento se emitió el preceptivo informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como el del Servicio de Inspección. Constan también en el expediente las declaraciones testificales de los facultativos que atendieron a la paciente.

De acuerdo con lo informado por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, la paciente ingresa en la 36,4 semana gestacional en pródromos de parto con sospecha de rotura prematura de bolsa amniótica. Ocho horas más tarde, al confirmarse la rotura de la bolsa amniótica y haber iniciado dinámica uterina de forma espontánea se la traslada a paritorio; se practica monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal y la dinámica uterina. El registro cardiotocográfico es completamente normal durante 180 minutos, tras los cuales el feto muestra una bradicardia brusca, descendiendo la frecuencia cardiaca del mismo de 150 lpm a 40 lpm; dado que dicha bradicardia se asocia con un incremento de la actividad uterina se establece la sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y dado el riesgo cierto de pérdida de bienestar fetal se indica extracción urgente mediante cesárea. La indicación se establece a las 15,30 horas del día 24 de octubre de 2002 y diez minutos más tarde se extrae un feto de 1950 gramos de peso con un test de Apgar de 8/9 que se adapta perfectamente a la vida extrauterina. Se comprueba que existe un desprendimiento prematuro de placenta de más de 50% de su superficie.

Según este informe, todo lo relatado es indicativo de una correcta asistencia obstétrica, no encontrando ninguna acción que de forma razonable pueda atribuirse a mala práctica y a funcionamiento deficiente del Servicio Canario de la Salud. Al contrario, la asistencia prestada sólo es posible en un Servicio que funcione habitualmente con unos índices de calidad no frecuentes en nuestro medio, afirmación que se basa en lo siguiente:

A. No existen signos prodrómicos que indiquen que una placenta normoinserta se va a desprender de forma prematura, poniendo en grave riesgo al feto y a la madre. Se asocia con este cuadro la edad materna avanzada, los cuadros de hipertensión, trombofilias, el hábito de fumar y la drogadicción por cocaína. Ninguno de estos factores estaba presente en la gestante.

B. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología establecen que entre la indicación de una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal y la extracción del feto no debe transcurrir un intervalo de tiempo superior a 30 minutos. En este caso, entre la indicación de la cesárea y la extracción del feto transcurrió un tiempo de 10 minutos, muy inferior al establecido como normal por las Sociedades citadas. Eso sólo es posible si el equipo de guardia de ginecología está en la zona de paritorio, prácticamente a pie de señora y perfectamente organizada la localización del anestesista y el personal de quirófano.

C. El abordaje quirúrgico mediante incisión media infraumbilical en la práctica de una cesárea está indicado cuando es necesaria una rapidez extrema en la extracción de feto o cuando se temen complicaciones posteriores que aconseja disponer de un buen campo quirúrgico para su resolución. En indicaciones de cesáreas por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en cuadros de coagulopatías, en situaciones transversas u oblicuas fetales, en riesgo agudo de pérdida de bienestar fetal se practica de forma habitual incisión media infraumbilical. El porcentaje habitual de incisión transversa suprapúbica y media infraumbilical en los centros asistenciales españoles es de 60% y 40% respectivamente. En nuestro Servicio, la frecuencia de incisión media infraumbilical es inferior al 10%, pero se practica dicha incisión en casos de desprendimiento prematuro de placenta con extremo riesgo de pérdida de bienestar fetal, ya que en dichos casos los segundos ganados en el acto quirúrgico son fundamentales para obtener un recién nacido vivo y sin posteriores lesiones hipóxicas.

D. Es crucial la rapidez en la extracción fetal para disminuir la mortalidad y la morbilidad fetal y neonatal. Con la cesárea practicada se extrajo un feto sin daño hipóxico, lo que habla de una asistencia excelente, afirmación ésta que se apoya en una serie de datos estadísticos que se consignan en este informe acerca de la mortalidad perinatal en estos casos, así como en el porcentaje de secuelas adversas que pueden padecer los que sobreviven.

Por todo ello, se concluye en el informe del Jefe de Servicio que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada no tiene fundamento, ya que al contrario de lo que se aduce en ella sobre el mal funcionamiento del servicio público, la paciente recibió asistencia que en relación con los estándares del país se puede considerar excelente.

Por su parte, el Servicio de Inspección explica que el desprendimiento prematuro de placenta supone que ésta se separa antes de que nazca el bebé, lo que le corta el flujo de oxígeno. Ante esta situación considera que el tratamiento, seguimiento y resultados son conformes a la *lex artis*, pues la paciente fue sometida a estrictos y continuados controles y se fueron conformando conforme evolucionó el cuadro clínico, sin que consten daños o secuelas atribuibles a la actuación sanitaria.

Estima finalmente desmesurado atribuir un perjuicio estético al tamaño o la disposición de una cicatriz resultado de una incisión practicada conforme a la *lex artis* e imprescindible para garantizar un buen resultado ante una situación de emergencia.

Las declaraciones testificales de los facultativos que practicaron la cesárea resultan coincidentes en afirmar que se debió practicar debido al desprendimiento prematuro de la placenta y riesgo de pérdida de bienestar fetal, que no estaba aconsejada una inducción al parto realizada con anterioridad y que en un caso de gravedad la prioridad es salvar tanto al feto como a la madre, por lo que la rapidez en la actuación es fundamental, sin que se tenga en cuenta el consentimiento de la paciente ya que se corre el riesgo de muerte del feto. Por uno de los facultativos se añade que el desprendimiento de placenta es una situación imprevisible, con lo cual una inducción directa no hubiera evitado dicha situación en caso de que hubiera tenido que ocurrir.

3. La desestimación de la reclamación presentada, se estima conforme a Derecho al no concurrir en el presente caso los requisitos legalmente exigidos para que sea declarada la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Como resulta de los datos obrantes en la historia clínica y de los informes y declaraciones a los que se acaba de hacer referencia, la asistencia sanitaria prestada a la reclamante con ocasión del parto fue conforme a la *lex artis*, encontrándose particularmente ajustada a ésta el hecho concreto del que pretende derivarse la responsabilidad administrativa, esto es, la práctica de una incisión infraumbilical y su consiguiente cicatriz, que ocasiona el perjuicio estético por el que se reclama.

Se encuentra acreditado en el expediente que la paciente sufrió un desprendimiento prematuro de placenta, que constituye una situación imprevisible, ya que no existen signos prodrómicos que indiquen que una placenta normoinserta se va a desprender de forma prematura y que conlleva un grave riesgo para el feto porque le corta el flujo de oxígeno.

Ante esta situación se considera fundamental, como también se acredita, la rapidez en la actuación sanitaria, debiendo practicarse una cesárea en el menor tiempo posible a fin de evitar la pérdida de bienestar fetal, lo que precisamente aconteció en el presente caso, de tal forma que se extrajo un feto sin daño hipóxico y sin lesiones.

La incisión media infraumbilical practicada se encuentra igualmente justificada, pues está indicada cuando es necesaria una rapidez extrema en la extracción de feto, ya que en dichos casos, como señala el Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, los segundos ganados en el acto quirúrgico son fundamentales para obtener un recién nacido vivo y sin posteriores lesiones hipóxicas, como ocurrió en el caso de la reclamante. Se considera pues que la incisión practicada de esta forma fue necesaria e imprescindible para lograr que el feto no sufriera daño.

De todo ello resulta que el perjuicio estético por el que se reclama es un daño que la interesada está obligada a soportar, al derivarse de un tratamiento, no sólo necesario y de carácter urgente en aras a evitar la pérdida de bienestar fetal, sino también practicado de forma adecuada, teniendo en cuenta la evolución de la paciente.

Finalmente, en el presente supuesto carece de trascendencia la alegación de la reclamante acerca de su falta de consentimiento para la práctica de la cesárea, pues ante la situación descrita de riesgo de pérdida de bienestar fetal, que requería una actuación de extrema urgencia a fin de evitar la hipoxia y consiguientes lesiones o muerte del feto, no resultaba preciso la necesidad de contar con tal consentimiento, de conformidad con lo previsto en el art. 9.2.b) de la Ley 41/2002, de 14 de diciembre, Reguladora de la autonomía del Paciente.

En suma, los daños alegados por la reclamante no han sido ocasionados por el funcionamiento del servicio público sanitario, por lo que no procede la declaración de responsabilidad de la Administración.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación, es conforme a Derecho, al no existir nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, por lo que no procede la declaración de responsabilidad de la Administración, según lo expuesto en el Fundamento IV.3.