



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 4 5 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 13 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 205/2017 IDS)\**.

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

### I

El objeto del presente dictamen, solicitado el por el Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 12 de junio de 2017, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 13 de junio de 2017. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia 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, el primer precepto, con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP),

---

\* Ponente: Sr. Brito González.

aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

## II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al pretender el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera moral y personal, como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS). En este caso actúa mediante la representación, acreditada en el procedimiento, de (...).

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.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues el escrito de reclamación se presentó el 23 de febrero de 2015, respecto de un daño que quedó determinado el 7 de enero de 2015, fecha en la que se diagnosticó el embarazo de la reclamante, siendo el retraso en tal diagnóstico el objeto de la reclamación.

En este sentido ha de aclararse que la acción se ha presentado dentro del año de la producción del hecho lesivo, tanto si se entiende que el inicio del cómputo de plazo de un año se determina por el conocimiento del embarazo, como si se entiende que lo es el propio nacimiento de la hija (pues antes no hay certeza de que se produzca tal nacimiento), postura acorde con la Sentencia del Tribunal Supremo, de 23 de febrero de 2005, para unificación de doctrina, en la que se señala que la interrupción del embarazo o el nacimiento determinan el inicio del cómputo del plazo de la acción de responsabilidad.

Por otra parte, consta que se presentaron escritos de reclamación en impreso oficial del Servicio de Atención al Usuario, que la interesada afirma que se presentaron con anterioridad pero no se tramitaron, sin embargo, no consta la fecha de tales reclamaciones.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del SCS, 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 SCS.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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.

### III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según se desprende del escrito de reclamación, por los siguientes hechos:

- El 16 de agosto de 2014, la reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), por presentar dolor abdominal y amenorrea de dos meses de evolución, pues siendo sus menstruaciones regulares hasta la fecha, le resultaba extraña su falta. De ahí la remiten al Servicio de Ginecología donde se le realiza una analítica de sangre a fin de determinar la existencia de un embarazo. El resultado es negativo.

Además, se le realiza una ecografía en la que el ginecólogo de guardia observa inflamación del endometrio debida a la proximidad de la menstruación, indicando que debía acudir a su médico de cabecera a fin de ser remitida al Servicio de Ginecología de su zona, la reclamante sigue esta indicación y acude a su médico de cabecera quien la remite a ginecología para su valoración, solicitando, al mismo tiempo, una ecografía.

- Con fecha 7 de octubre de 2014, y continuando con amenorrea, acude a su médico de cabecera, quien reitera la solicitud de interconsulta a Ginecología y le prescribe como tratamiento: Levonorgestrol 100 mcg y Etinilestradiol 20 mcg.

- El 10 de octubre de 2014 acude a su Centro de Salud donde es nuevamente remitida al Servicio de Ginecología, esta vez con carácter de urgencia, dado el tiempo transcurrido desde la última menstruación, prescribiéndole de nuevo el mismo tratamiento médico.

- El 25 de noviembre acude por tercera vez a dicho Centro, reiterándose la solicitud de interconsulta a Ginecología, explicando los hechos desde la primera visita.

- Finalmente, con fecha 7 de enero de 2015, y tras realizarle una ecografía, se le diagnostica embarazo de 23 semanas.

La interesada reclama, como consecuencia de los hechos expuestos, al entender que se ha visto imposibilitada para ejercer su derecho al aborto, pues cuando se le diagnostica el embarazo ya ha superado el plazo legal para poder interrumpir el embarazo de manera voluntaria, viéndose obligada a llevar a término un embarazo no deseado.

Además, entiende que los medicamentos que se le administraron durante su embarazo pueden dar lugar a serios problemas en el bebé, tanto por la posibilidad de que en el futuro desarrolle un cáncer, como porque, siendo el recién nacido una niña, al tratarse de medicamentos que contienen progestina sintética, pueden dar lugar a la masculinización de sus órganos reproductores.

Asimismo, se afirma que, debido al diagnóstico tardío de su embarazo, la reclamante perdió el puesto de trabajo que acababa de conseguir.

Se solicita por los daños sufridos una indemnización que no se cuantifica, al entender que los eventuales daños que pudiera llegar a sufrir la hija de la reclamante, debidos a la medicación prescrita en el embarazo, no pueden determinarse hasta llegar aquélla a la edad adulta.

## IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 LRJAP-PAC).

2. Constan en este procedimiento, entre otras, las siguientes actuaciones:

- El 2 de marzo de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a la reclamante a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación y la proposición de pruebas, en su caso, viniendo a cumplimentar el trámite el 10 de marzo de 2015.

- Posteriormente, el 12 de marzo de 2015 se le requiere para que aporte el poder de representación y cuantifique su reclamación. El 18 de marzo de 2015 se otorga poder de representación apud acta, sin que se aporte cuantificación de los daños por los que reclama.

- Por Resolución de 22 de marzo de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada.

- Por escrito de 23 de marzo de 2015 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que se emite el 28 de octubre de 2016, tras haber recabado la documentación necesaria.

- El 9 de noviembre de 2016 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas y se incorporan los informes recabados, y, puesto que obran ya todas las pruebas en el expediente por ser documentales, se declara concluida la fase probatoria.

- El 9 de noviembre de 2016 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, lo que es notificado a la interesada el 18 de noviembre de 2016, presentándose por aquélla escrito de alegaciones el 30 de noviembre de 2016, en el que se insiste en los términos de la reclamación inicial.

- Dada la incorporación del nuevo documento, el 7 de diciembre de 2016 aquél se remite a la interesada a efectos de que realice las alegaciones que estime oportunas, lo que hará el 14 de diciembre de 2016.

- El 29 de marzo de 2017 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del SCS desestimatoria de la pretensión de la reclamante, emitiéndose en igual sentido borrador de Resolución por el Director del SCS, sin que conste su fecha. La Propuesta de Resolución es elevada a definitiva el 5 de junio de 2017, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 1 de junio de 2017.

## V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución, como se ha señalado, desestima la pretensión de la reclamante al argumentarse, de conformidad con los informes obrantes en el expediente y la historia clínica de la paciente, que la actuación del Servicio Canario de la Salud fue conforme a la *lex artis*, no existiendo relación de causalidad entre los daños por los que se reclama y el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Entendemos que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, coherentemente con los datos obrantes en el expediente, tal y como en ella se argumenta.

1) En relación con el retraso del diagnóstico el embarazo, debe señalarse:

En primer lugar, y, en contra de lo afirmado por la reclamante, sus ciclos menstruales no eran regulares.

Tal y como se recoge en el informe del SIP, la paciente presentaba trastornos menstruales, sus menstruaciones no eran regulares (folio nº 3 EA), motivo por el cual estaba en tratamiento con ACO. Pero, consta en su historia clínica, que ésta había retirado los anticonceptivos orales (ACO) por voluntad propia desde junio de 2014 (folio nº 3 EA).

Además, el 23 de marzo de 2012 la propia paciente refiere «no reglas abundantes», y las califica como «irregulares» (folio nº 78 EA).

Asimismo, el 6 y el 13 de mayo de 2013, en historia clínica de atención primaria consta que acude porque presenta «irregularidades en la menstruación y amenorrea». Se dan consejos sobre la contracepción, y se prescriben ACO (folio nº 89 del EA).

Sin embargo, el 17 de marzo de 2014 acude a su médico de cabecera por «múltiples olvidos en la toma de los ACO y presentar sangrado intermenstrual» (folio nº 93 EA). Nuevamente se dan consejos sobre contracepción y test de embarazo si no se presenta la regla con normalidad. Ella misma refiere «no controlar la fecha de la menstruación» (folio nº 93 y 94 del EA).

Se constata, por tanto, que se desplegó por parte de los servicios asistenciales toda la actividad de diagnóstico existente, a fin de determinar la causa de la amenorrea. La primera en explorar fue la de la posible existencia de embarazo, que quedó descartada a través de todas las pruebas indicadas y realizadas.

Constan realizadas las siguientes actuaciones médicas en orden a determinar la patología vs embarazo de la paciente:

- El 15 de agosto de 2014, acude a su centro de Atención Primaria con ardor, picor y dolor al orinar. Además presenta hematuria. Se realiza analítica de orina y se diagnostica cistitis aguda. Se indica tratamiento con Monurol (folio nº 95 EA).

- El 16 de agosto acude al Servicio de Urgencias del HUC refiriendo, por primera vez, amenorrea de dos meses de evolución, sangre en orina y clínica urinaria. Se realiza ecografía vaginal que resulta normal, sin patología y sin embarazo. A su vez la prueba analítica de hormona Gonadotropina Coriónica (HCG, hormona del embarazo) que también resulta negativa.

- El 4 de septiembre de 2014 acude a su médico de cabecera refiriendo amenorrea de 11 semanas. La fecha de la última menstruación fue el 20 de junio de 2014, refiriendo que dejó de tomar las píldoras hace 4 meses. Se le realiza nuevo test de embarazo, que es negativo (folio nº 96 EA). Además, el médico de cabecera

solicita ecografía urgente, así como analítica de hormonas Prolactina y TSH. Ambas resultan ser normales, no aclarando nada aparte de la no existencia de patología relacionada con las mismas. El plan terapéutico propuesto es Loette (Levonorgestrol más Etinilestradiol). Remite a Ginecología para descartar patología ginecológica vs gestación.

- El 16 de septiembre se recoge en la historia clínica: «valorar en una semana si no menstruación control Ginecólogo» (folio nº 97 EA).

- El 23 de septiembre se hace test hormonal. Progesterona y 17 oh (*sic*) Progesterona basal, descartando patologías hormonales.

- El 28 de septiembre, en informe de Ginecología, a la vista del informe del 4 del mismo mes en el que se solicita ecografía, se hace constar: repetir el test de embarazo, y si amenorrea de más de 6 meses remitir al CAE. Si test negativo volver a los anticonceptivos orales (ACOS), ya que la amenorrea ha sido tras su suspensión. Esta respuesta se envía a Atención Primaria (folio nº 119 EA).

- El 7 de octubre se deriva a Ginecología, con amenorrea de 19,2 semanas y HCG negativa, test de embarazo negativo. El día 10 del mismo mes y año se vuelve a realizar interconsulta a Ginecología (folios nº 98 y 99 del EA).

- El 16 de octubre, tras el informe del día 7 anterior, la Ginecóloga escribe: «si amenorrea de más o igual a 6 meses, remitir de nuevo. Si está con ACO como Loette y no sangra, suspender y cambiar a otro ACO como Dretinelle». Esta respuesta es remitida a Atención Primaria (folio nº 121 del EA).

- El 17 de octubre de 2014 el médico de cabecera anota en historia clínica: «se recibe contestación de Ginecología, recomiendan tratamiento con anticonceptivos orales (ACO)». Inicia tratamiento con Dretinelle, que es el aconsejado por la Ginecóloga (folio nº 100 EA).

- Con fecha 25 de noviembre de 2014, remite urgente a Ginecología del HUC de nuevo, citando para el día 7 de enero de 2015, puesto que ya habían pasado los 6 meses recomendados. Esta interconsulta es contestada con fecha 9 de diciembre del mismo año. Amenorrea de 22,4 semanas, según fecha última regla. Test de embarazo negativo nuevamente. Se cita para el día 7 de enero para estudio con diagnóstico de amenorrea secundaria de 6 meses de evolución con test de embarazo negativo. En esta consulta de 7 de enero de 2015, se realiza ecografía vaginal, observando, sólo ahora, gestación sugestiva de 23-24 semanas, la cual se confirma con ecografía

abdominal (folio nº 131 del EA). Se cita urgente en consulta de Tocología, donde realizan citología con candidiasis, y se refleja que desde junio de 2014 ha dejado de tomar ACO, y está en amenorrea desde entonces.

En todo este proceso, transcrito del expediente resaltar la intensidad y minuciosidad de la atención médica recibida por la reclamante, no se constata embarazo; ello es explicado en el informe, emitido el 3 de junio de 2015, por especialista en Ginecología y Obstetricia del HUC (folios nº 144 a 150 EA), porque siendo la amenorrea (ausencia de sangrado menstrual) la manifestación clínica de un trastorno subyacente, en el caso de la paciente, dadas sus características clínicas, y ante las pruebas de embarazo negativas se pensó que se podría estar ante una amenorrea postpíldora, y es que ésta aparece tras la suspensión de ACO (lo que concurrió en la paciente). Su incidencia es aproximadamente del 1% y si aparece se debe descartar un embarazo (tal y como se hizo). En caso de persistir dicha amenorrea más de 6 meses habría que buscar la causa, estando entonces ante una amenorrea secundaria.

Tanto el médico de cabecera como el ginecólogo posteriormente dedujeron que se trataba de un trastorno hormonal, ya que las sucesivas pruebas de embarazo eran negativas, por lo que se prescribieron ACO, con objeto de regular sus ciclos menstruales, mientras estaba en lista de espera para ser valorada.

La especialista expone en su informe que la paciente presentaba una amenorrea que apareció tras interrumpir la toma de ACO por cuenta propia. En una primera valoración por el ginecólogo del Servicio de Urgencias presentaba prueba de embarazo en sangre negativa, motivo por el cual se descartó la gestación.

Posteriormente la amenorrea persistió a pesar de presentar distintas pruebas de embarazo, todas negativas, y a pesar de las distintas pautas con ACO hormonales combinados.

La literatura médica señala que se han descrito falsos negativos en los test de embarazo, pero el diagnóstico de primera elección del embarazo es el test de embarazo en orina (o en sangre si el embarazo es incipiente) y no la ecografía, que aun así también se realizó resultando negativa para embarazo. Por ello, la actuación sanitaria recibida fue conforme a la *lex artis*.

2) En relación con el daño producido al feto por los tratamientos hormonales instaurados (cuya cuantificación difiere hasta que su hijo alcance la edad adulta), también debe afirmarse que, sin perjuicio de lo que se explicará descartando tales



daños, los tratamientos instaurados a la paciente eran los indicados ante la amenorrea que presentaba, no vinculada a embarazo a través de las múltiples pruebas que se le hicieron al efecto, como se indicó anteriormente.

Así lo justifica el informe de 3 de junio de 2015 de la especialista en Ginecología y Obstetricia del HUC al hilo, asimismo, de explicar los efectos de la medicación prescrita a la interesada, negando los efectos adversos afirmados en su reclamación. Señala la doctora que tales ACO fueron prescritos ante la amenorrea sin determinación de embarazo y sólo durante 3-4 meses como máximo, tras descartarse el embarazo.

Se aclara por aquélla que los ACO combinados que se prescribieron a la reclamante, fueron Etinilestradiol/ Levonorgestrel y Etinilestradiol/Drospirenona (Drosurelle) en forma de comprimidos orales (folios nº 98, 99 y 100 EA).

Respecto al Levonorgestrel, indica que se trata de un gestágeno sintético de segunda generación con leve actividad androgénica, por lo que tiene una muy baja probabilidad de provocar masculinización en los órganos reproductores del feto y de la madre. Por su parte, la Drospirenona, componente del Drosurelle junto con el Etinilestradiol, es un gestágeno sintético con propiedades antiandrogénicas, por lo que no son hormonas con actividad androgénica, y por tanto, sin riesgo de masculinización de los órganos reproductores, ni de la madre ni del feto.

Pero, en todo caso, respecto de ambos, se ha demostrado en el momento del nacimiento del bebé (niña) que nace con genitales externos normales y sin problemas de masculinización (folio nº 133 del EA).

Por otra parte, sobre el alegado posible cáncer de endometrio, en el citado informe, se señala que, según los Protocolos SEGO/SEC 2013 «Anticoncepción hormonal y riesgos de cáncer de mama, ovario, endometrio, cérvix y otros», justamente, el uso de ACO combinados orales se ha relacionado con la disminución de riesgo de cáncer de endometrio. En el cáncer de endometrio estrógeno dependiente se relaciona con la exposición continuada del endometrio a la acción proliferativa de los estrógenos. Por esa razón se combina con los gestágenos, por su acción antiproliferativa que evita la progresión del endometrio hacia la hiperplasia y el cáncer. Los ACO combinados disminuyen la proliferación endometrial, entre otras acciones, que los hace responsables de la disminución del cáncer de endometrio. Precisamente, es todo lo contrario: «En la mayoría de estudios publicados hasta la

fecha, el efecto protector de los ACO sobre el cáncer de endometrio parece claro» (folio nº 149 del EA).

Puesto que no se prescribieron de forma aislada los fármacos anteriores, sino que se pautaron de forma combinada, es decir, asociando un estrógeno con un gestágeno, ni (...) ni su hija tendrán mayor riesgo de padecer cáncer de endometrio por haber tomado ACO combinados orales durante 3-4 meses durante el embarazo.

En cuanto al posible cáncer de cérvix, se informa por la especialista que el responsable de este cáncer es el virus del papiloma humano (VPH). La exposición a este virus está relacionada con el método anticonceptivo empleado, y por tanto, ni la reclamante ni su hija tendrán mayor riesgo de padecer este cáncer por el uso de ACO combinados orales durante los 3-4 meses de embarazo.

Para finalizar, expone que se hace referencia en la reclamación a la indicación de Etinilestilbestrol. Este es un tipo de estrógeno que, efectivamente, puede producir lesiones en los embriones cuando se toman durante el embarazo, incluso cáncer vaginal y cervical, así como efectos adversos sobre el aparato reproductor y malformaciones congénitas, pero el hecho es que, en contra de lo afirmado por la reclamante, nunca se prescribió este estrógeno, pues está retirado del mercado en España desde hace muchos años, sus efectos nada tienen que ver con los del Etinilestradiol, estrógeno que sí se prescribió a la paciente, combinado con gestágenos siempre y durante un corto espacio de tiempo (folio nº 150 EA).

Por todo ello, en el momento del nacimiento de la niña se recoge en la historia clínica: «No refiere uso de medicación con importante potencial teratogénico durante el embarazo».

En todo caso, debemos añadir que no procedería la indemnización de las hipotéticas «futuras consecuencias» de la medicación, dada la exigencia de la certeza del daño, derivada del art. 139.2 LRJAP-PAC, que excluye los daños hipotéticos y futuros, así como cualquier expectativa no concretada al momento de la reclamación (STSJ de Castilla-La Mancha 203/2006, de 27 de abril; STS de 4 de febrero de 2005; SAN de 20 de marzo de 2002; STSJ de Murcia 208/2009, de 13 de marzo, entre otras).

3) En relación con el daño alegado, consistente en la pérdida de la opción de interrupción del embarazo, hemos de señalar que, efectivamente, en el momento de la determinación de la existencia de embarazo ya había transcurrido el plazo legal para la interrupción voluntaria del embarazo.

Mas, en primer lugar ha de reiterarse que tal eventual daño no guarda relación causal con el funcionamiento del servicio, ya que se ha explicado en el punto 1 de este fundamento que el funcionamiento del servicio asistencial fue conforme a la *lex artis*, por lo que el supuesto daño debe ser soportado por la reclamante.

Pero, en cualquier caso, lo cierto es que se trata de uno de esos casos en los que hemos de analizar la alegada «pérdida de oportunidad» con los llamados cursos causales no verificables, para objetivar que, de hecho, la interesada no había hecho lo propio para evitar un embarazo, siendo la consecuencia inmediata concluir que admitía tal posibilidad. Así, tal y como hemos señalado, en la historia clínica de la reclamante consta que ella suspendió voluntariamente la toma de ACO cuatro meses antes de acudir a los servicios médicos, y, o bien no utilizó otros métodos anticonceptivos o estos no fueron efectivos. Y, como concluye el informe del SIP, obviamente: «el efecto secundario de la suspensión de métodos anticonceptivos es el (posible) inicio de una gestación».

4) Finalmente, en cuanto al daño alagado de la pérdida del puesto de trabajo recientemente adquirido al no poder realizar esfuerzos físicos importantes, al tratarse de un embarazo de alto riesgo, y, sin perjuicio, una vez más de recordar que nunca habría relación de causalidad con el funcionamiento del servicio por haberse acreditado que fue conforme a la *lex artis*, entendemos que la Propuesta de Resolución da adecuada respuesta a este punto al explicar que, de la documentación obrante el expediente se concluye, en contra de lo afirmado por la reclamante, que no se trataba de un embarazo de alto riesgo.

En tal sentido, se observa en la historia de atención primaria, que el 9 de enero de 2015 la paciente acude a su Centro de Salud por gestación conocida dos días antes, haciendo constar su médico de cabecera: «no presenta criterios clínicos ni analíticos de gestación de riesgo (...)» (folio nº 104 EA).

Si bien el 12 de enero de 2015, la matrona (que no el médico) del Centro de Salud anota el embarazo como de alto riesgo (folio nº 105 del EA), ello se debe a lo que le comentó la propia paciente al constar como motivo de consulta «acude para comentarme que fue al CAE para ECO urgente por embarazo no controlado anteriormente», por lo que la calificación como de riesgo alto puede ser debida precisamente a esa falta de conocimiento anterior sobre el estado de la gestación, pues se encontró con un embarazo en la mitad de su duración en la que no había ecografías ni información previa.

De hecho, el día 14 del mismo mes y año, la propia matrona ya recoge en la historia clínica «Control de embarazo normal» (folio nº 105 EA), continuando así en las siguientes consultas, en las que se define el riesgo como bajo y embarazo normal (folios nº 109, 110, 111 y 114 EA).

Por todo lo hasta aquí expuesto, podemos concluir que el funcionamiento de la Administración sanitaria ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*, debiendo desestimarse la pretensión de la reclamante.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación se considera conforme a Derecho.