



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 0 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 7 de febrero de 2018.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 5/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 14 de julio de 2015 a instancia de (...), por los daños sufridos por la asistencia recibida en un centro del SCS.

2. La interesada cuantifica la indemnización que reclama en 61.135,23 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 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 carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del 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.

No obstante, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC nº 4, de 8 de enero de 2015) de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaria General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La interesada funda su reclamación en los siguientes hechos:

El pasado 23 de agosto de 2014 fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital de Lanzarote, con el objeto de practicarle un legrado por muerte fetal después de 18 semanas de embarazo. Ese hecho estuvo precedido de varias visitas y hospitalizaciones en dicha institución sanitaria, todas ellas previas a dicha intervención.

Así, el 21 de julio de 2014, acude a su primera visita en el Centro de Salud de Titerroy, con la finalidad de iniciar el seguimiento del embarazo, con una gestación de 14 semanas. En esa primera visita se solicita control médico por los facultativos del Hospital Dr. José Molina Orosa de Arrecife, Lanzarote. El 2 de agosto de 2014, acude a Urgencias de este Hospital por sangrado, con una gestación de 15+1. Se le

diagnostica amenaza de aborto; además, le prescriben reposo y le dan el alta recomendándole que acuda de nuevo a urgencias en caso de empeoramiento. Posteriormente, el 8 de agosto, acude nuevamente al Servicio de Urgencias remitida desde su ginecólogo privado, con informe en el que se le diagnostica placenta previa. Acude esa vez con un cuadro de sangrado y molestias abdominales.

La reclamante manifiesta su sorpresa por el hecho de que se le ingrese a las 21,23 horas del citado día 8 de agosto y a las 22,05 horas le den el alta hospitalaria recomendándole reposo relativo hasta dejar de sangrar y paracetamol, aun cuando el diagnóstico del citado hospital es de amenaza de aborto y habiendo aportado en el momento el informe del ginecólogo privado en el que se le diagnosticaba una placenta previa.

El 14 de agosto, ante la persistencia de los sangrados, acude al Centro de Salud de Titerroy, donde le recomiendan que acuda al Hospital ya que le diagnostican amenaza de aborto, dato que queda acreditado por el informe del Centro de Salud. A las 19:25 horas del mismo día 14, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa con sangrados, recibiendo el alta hospitalaria a las 21:03 horas del mismo día, con diagnóstico principal de amenaza de aborto, con las mismas recomendaciones que las veces anteriores, reposo domiciliario, paracetamol, y acudir de nuevo si hay sangrado o fiebre.

El día 20 de agosto, ingresa en el Hospital a las 21:30 horas por amenorrea muy abundante a las 17 horas y dolor hipogástrico y lumbar tipo cólico. El día 23 de agosto, previa intervención, expulsa el feto y restos ovulares y se le practica el legrado. El 24 de agosto de 2014, recibe el alta hospitalaria y se traslada a su domicilio.

Según la reclamante, como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria descrita ha perdido su embarazo y manifiesta que ha visto reducida su capacidad para formar una familia, a raíz de lo cual estuvo de baja durante 15 días, distribuidos en 5 días de hospitalización y 10 días improductivos y 20 días no improductivos.

(...) manifiesta en su escrito inicial que por la mala praxis recibida a día de hoy sufre las siguientes secuelas: estado de ansiedad generalizado y trastornos ginecológicos.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

En junio de 2014, a la paciente se le practicó una citología informada como inflamatoria sin signos de malignidad. Asimismo se le practicó polipectomía cervical en Brasil en junio, encontrándose ya embarazada.

El 24 de julio de 2014, la paciente es valorada en consultas externas de Obstetricia. Se trata de su primera visita de control en la gestación, que se inicia en Brasil. Acude con 14 semanas y 1 día, su última regla fue el 16/4/14 y aporta informes de Brasil. Refiere encontrarse asintomática, salvo sangrado escaso.

Las muestras obtenidas en biopsia cervical y exéresis de pólipo cervical de 2,5 cm, son informadas por Anatomía Patológica como: metaplasia escamosa madura, endocervicitis crónica moderada inespecífica. Pólipo endocervical.

Refiere asimismo, entre sus antecedentes personales, sufrir de ansiedad. Fue tratada con el medicamento antidepresivo fluoxetina hasta comienzo de la gestación en el que lo suspende. El resto de la exploración así como la ecografía, son normales.

El 29 de julio 2014, la paciente acude por primera vez a Urgencias con 16 semanas y 4 días refiriendo un sangrado escaso; es vista por el médico ginecólogo de guardia que tras exploración halló un cérvix uterino cerrado y largo. Se realiza una ecografía en la que se objetiva una placenta posterior y un feto activo. Se diagnostica de embarazo en curso.

El día 2 de agosto de 2014, la paciente fue valorada en Urgencias. La paciente gestante de 15 semanas refiere metrorragia mayor que regla y dolor en hipogastrio. Se realizó interconsulta con el Servicio de Ginecología. El médico ginecólogo de guardia, a la exploración, observa un cérvix uterino largo, cerrado y formado. Escasos restos hemáticos en vagina. La ecografía muestra un feto vivo, placenta posterior y líquido amniótico normal.

Se diagnóstica como amenaza de aborto y se dan las recomendaciones habituales de reposo relativo y acudir a Urgencias si el sangrado es mayor que el de la regla o si se presenta dolor abdominal intenso.

El día 8 de agosto de 2014, la paciente acude al Servicio de Urgencias. Según informe de este Servicio se atendió a una gestante de 16+3 semanas, remitida por médico ginecólogo privado por dolor abdominal +metrorragia +placenta previa parcial. No fue atendida en ningún momento por los médicos de urgencias y fue valorada directamente por el Servicio de Ginecología.

En la exploración no se objetivó sangrado activo. Se observaron restos hemáticos mínimos en vagina y se efectuó una nueva ecografía (la 4ª), que confirmó un feto vivo, placenta posterior y líquido amniótico normal.

Se diagnostica de nuevo como amenaza de aborto y se le dan las mismas recomendaciones ya proporcionadas seis días antes.

Tras ser valorada por el médico ginecólogo de guardia, se le cursa el alta desde el Servicio de Urgencias con diagnóstico de amenaza de aborto y no de placenta previa, como indicó la reclamante, toda vez que la placenta es posterior.

El día 14 de agosto de 2014, la paciente acude de nuevo a Urgencias, siendo entonces gestante de 17 semanas, con sangrado vaginal y molestias epigástricas. Se le realizó la anamnesis y se solicitó interconsulta con el Servicio de Ginecología quien a la exploración no objetivó sangrado activo. Se observaron restos hemáticos en vagina. Una nueva ecografía confirma nuevamente un feto vivo, una placenta posterior y un líquido amniótico normal. El diagnóstico fue de amenaza de aborto.

El día 20 agosto de 2014, la paciente acude de nuevo a Urgencias con 18 semanas de gestación refiriendo pérdida de líquido claro abundante y dolor en hipogastrio. El Servicio de Ginecología, a la exploración objetivó un cuello cerrado, restos hemáticos licuados en vagina y ecográficamente se observó una placenta posterior baja, no previa, y oligoamnios severo.

Se le diagnostica de rotura prematura de membranas y se procede a su ingreso en planta.

- El día 21 de agosto de 2014, tras comentar el caso en sesión clínica en el Servicio de Ginecología, a primera hora de la mañana se explica detenidamente, de nuevo, a la señora gestante y a su pareja, el mal pronóstico de la gestación, tanto para la madre como para el feto (riesgo de infección para la madre y malformaciones estructurales e hipoplasia pulmonar fetal, etc.). Una vez expuesta la situación y después de explicar las posibilidades terapéuticas deciden la interrupción de la gestación, dando ambos (la señora gestante y su pareja) su consentimiento verbal, quedando éste reflejado en la historia clínica electrónica, al no disponer de consentimiento en soporte escrito.

Se realizó protocolo de interrupción voluntaria de embarazo.

El día 23 de agosto de 2014, se produce expulsión de feto seguido de legrado bajo control ecográfico en quirófano.

El día 24 de agosto de 2014 se procede al alta de la paciente.

El 19 de diciembre 2014, la paciente se cita para revisión pero solicita cambio de cita telefónicamente, y acude finalmente a revisión el 2 marzo de 2015, donde solicita anticoncepción hormonal. Se la pautan anticonceptivos orales y se le cursa el alta definitiva.

No obstante, el día 14 diciembre 2015 -casi dos años después-, acude a consultas externas de tocología, con 12 semanas y 2 días de un nuevo embarazo.

Ante tales hechos el SIP concluye que:

- En ningún momento existió una actuación negligente por parte de los servicios asistenciales en la prestación dispensada a la paciente gestante. En todas y cada una de las visitas a Urgencias del Hospital General de Arrecife de Lanzarote, la reclamante fue atendida por un médico ginecólogo de guardia que actuó según los protocolos estándares de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), y acorde con la *lex artis*, poniendo todos los medios disponibles para el correcto diagnóstico. Nunca existió una actuación tardía.

- No existió -como sí se indica en el escrito de reclamación- una placenta previa. En las 5 ecografías realizadas en el hospital (por 5 médicos ginecólogos distintos) la placenta se informó como posterior y no previa. De hecho sería imposible la salida de líquido amniótico a través del cuello uterino o la expulsión fetal durante la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) -propuesta y aceptada por la gestante y su pareja-, si la placenta fuese previa, ya que ésta se encontraría tapando el canal cervical y actuaría como un tapón.

- La señora reclamante (en su escrito de fecha 14-7-2015) se refiere a que como consecuencia de los "trastornos ginecológicos por la mala praxis" ha visto reducida su capacidad para formar una familia; sin embargo, constatamos que la paciente hoy reclamante, el 14 diciembre 2015 acude a consultas externas de Tocología del Hospital General de Arrecife de Lanzarote con 12 semanas y 2 días de un nuevo embarazo. Por tanto, no consideramos que existiera trastorno ginecológico alguno y a tenor del nuevo embarazo, la capacidad reproductora para formar una familia, estaría intacta.

- En lo que se refiere al estado de ansiedad alegado, constatamos que si bien es cierto que la paciente pudo recelar/temer por su maternidad futura, al perder su primer embarazo, y ello le pudo ocasionar un estado de ansiedad, no es menos cierto que la paciente -según se muestra a lo largo de su Historial de Salud en Atención

Primaria- es proclive a sufrir episodios de depresión y ansiedad, por los que habría sido atendida en las fechas siguientes: 18 de abril de 2007, 23 de enero de 2008, 21 de febrero de 2008, 27 de febrero de 2008, 13 de marzo de 2008, 19 de mayo de 2008, 8 de agosto de 2011, 23 de septiembre de 2011, 7-3-2012, 12-4-2012, 3-7-2012, 7-11-2012, 11-2-2013, 25-6-2013.

- A tenor de los síntomas y signos detectados por los médicos ginecólogos en la reclamante -con ocasión de las asistencias al Servicio de Urgencias del Hospital General de Arrecife de Lanzarote-, en consonancia con la valoración y exploraciones físicas y complementarias realizadas, el Servicio de Ginecología en sesión clínica obrada el 21 de agosto de 2014, analizó el caso y formuló un diagnóstico, indicando el tratamiento a seguir. Todo ello de conformidad con los protagonistas (la señora gestante y su pareja).

Una vez expuesta la situación, mal pronóstico de la gestación tanto para para la madre como para el feto (riesgo de infección para la madre, malformaciones estructurales para el feto), y después de explicar las posibilidades terapéuticas, deciden la interrupción de la gestación, dando (la pareja) su consentimiento verbal. Ello quedaría reflejado en la historia clínica electrónica, al no disponer de consentimiento en soporte escrito. Se realizó protocolo de interrupción voluntaria de embarazo (IVE).

- Para el SIP, no queda probado por parte de la señora reclamante que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma, y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial, ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal -que entendemos, no existe- entre la atención médica prestada y el resultado adverso (amenaza de aborto y rotura espontánea prematura de membranas); toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende.

- Según tal informe del SIP el servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados. Así la prestación

sanitaria en su constante progreso, debe adecuarse paulatinamente al estado del saber actual.

4. Dado el preceptivo trámite de audiencia, la reclamante no presenta alegaciones.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la reclamante al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que de lo actuado no sólo no se aprecia mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, sino que tampoco existe nexo causal entre tal asistencia y el aborto practicado, que fue propuesto por el equipo médico (y aceptado por la reclamante y su pareja) como consecuencia del mal pronóstico de la gestación tanto para la madre como para el feto (que incluía riesgo de infección para la madre, y malformaciones estructurales para el feto).

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en

contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que, debido a la defectuosa asistencia sanitaria recibida -concretada en las altas recibidas tras acudir a Urgencias por sangrado- ha perdido su embarazo y ha visto reducida su capacidad para formar una familia.

Sin embargo, sin la prueba de tales extremos, es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y el los supuestos daños por los que reclama.

Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. La reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por contra, la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que en las distintas ocasiones en las que acudió a Urgencias los días 2, 8 y 14 de agosto de 2014 se le practicaron todas las pruebas pertinentes para sus síntomas (sangrado vaginal y molestias epigástricas): exploración física y ecografías, diagnosticándose amenaza de aborto, pautándosele tratamiento oportuno -reposo relativo y paracetamol- y dando el alta con recomendación de volver si el sangrado resultara mayor que el de la regla normal. Todo ello de acuerdo con la *lex artis*, ya que la situación clínica de la reclamante era estable, sin signos de alarma en las pruebas complementarias ni en el examen de la paciente.

No es hasta el 20 de agosto que la paciente acude de nuevo a Urgencias con 18 semanas de gestación refiriendo pérdida de líquido claro abundante y dolor en hipogastrio. El Servicio de Ginecología, a la exploración objetivó un cuello cerrado, restos hemáticos licuados en vagina y ecográficamente se observó una placenta posterior baja, no previa, y oligoamnios severo.

Se le diagnostica de rotura prematura de membranas y se procede a su ingreso en planta.

El día 21 de agosto de 2014, ante el mal pronóstico de la gestación, tanto para la madre como para el feto, y tras exponer la situación y explicar las posibilidades terapéuticas, se decide la interrupción de la gestación, dando ambos (la señora gestante y su pareja) su consentimiento verbal, quedando éste reflejado en la historia clínica electrónica, al no disponer de consentimiento soporte escrito.

Unos hechos no están relacionados con los otros: mientras que más del 90% de las amenazas de aborto por sangrado vaginal y latido cardíaco presente entre las semanas 7 y 11 no abortan, en la rotura espontánea de membranas (que es una complicación obstétrica infrecuente sin relación con la amenaza de aborto) inferior a la semana 25 de gestación, con oligoamnios severo (<1 cm) y durante más de 14 días, alcanza una mortalidad del 76%.

3. De lo contenido en el expediente se evidencia, pues, que se pusieron al servicio de la reclamante y del nasciturus todas las pruebas diagnósticas necesarias, como los medios asistenciales y el tratamiento debidos para tratar su embarazo; pero ante una patología infrecuente (la rotura espontánea de membranas), con evidentes riesgos para la madre y para el feto, se abocó a una interrupción del embarazo consentida por la interesada y por su pareja.

Además, de los informes médicos obrantes en el expediente, como concluye la Propuesta de Resolución, ni siquiera se aprecia la existencia de nexo causal, pues la rotura de membranas fue espontánea, circunstancia no refutada por la reclamante, lo que a la postre provocó la necesidad de interrumpir el embarazo.

En su Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expone sintéticamente su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria. Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009)».

En el mismo sentido, la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 señala:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración (...)».

Conforme a tal jurisprudencia, este Consejo ha señalado reiteradamente que el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

4. Por su parte, también ha quedado acreditado de lo obrante en el expediente que no existió -como se indica por la interesada en el escrito de reclamación- una placenta previa. En las cinco ecografías realizadas en el hospital (por cinco médicos ginecólogos distintos) la placenta se informó como posterior y no previa. De hecho sería imposible la salida de líquido amniótico a través del cuello uterino o la expulsión fetal durante la interrupción voluntaria del embarazo -propuesta y aceptada por la gestante y su pareja-, si la placenta fuese previa, ya que ésta se encontraría tapando el canal cervical y actuaría como un tapón.

- Tampoco existen trastornos ginecológicos de efectos irreversibles, ya que la reclamante ha vuelto a quedar embarazada.

Por lo que se refiere a su estado de ansiedad, la reclamante es proclive a sufrir episodios de depresión y ansiedad, por los que ha sido atendida en distintas ocasiones.

5. En definitiva, la reclamante no ha probado su alegato de que los daños por los que reclama sean consecuencia del servicio sanitario recibido, se ha acreditado que ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc* y no existe relación de causalidad entre la rotura espontánea de membranas en feto pre-viable y la asistencia prestada, pues se trata de una complicación obstétrica infrecuente y sin relación con la amenaza de aborto por la que fue atendida con anterioridad.

Los evidentes riesgos para la madre y el feto de esa patología, y no la asistencia sanitaria prestada, fue la que provocó la interrupción del embarazo consentida por la interesada, sin que se aprecien daños ginecológicos ni psicológicas, por lo que se ha de concluir con que la desestimación de la pretensión resarcitoria es ajustada a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho.