



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 8 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 1 de marzo 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 23/2018 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 28 de abril de 2015 a instancia de la representación de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia prestada en centro del SCS.

2. La interesada cuantifica la indemnización que reclama en 300.000 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. Lorenzo Tejera.

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 SCS, 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 de la 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 día 15 de mayo de 2015 ingresó en el centro hospitalario de Fuerteventura para dar a luz, con 41 semanas más tres días y con registros de tensión de 160/100. En el momento del ingreso se determinó que el feto era macrosómico, posteriormente el feto falleció sin que obtuviera una explicación cierta y clara de los motivos y sin que pese al tiempo transcurrido se le haya hecho entrega de la documentación médica.

Entiende que por el conjunto de médicos pertenecientes al Servicio Canario de la Salud no se adoptó ninguna decisión acorde con la situación de riesgo que existía.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

La paciente acude a urgencias hospitalarias el día 15 de mayo de 2015 siendo valorada a las 21:43 horas. Gestante de 41 semanas que refiere contracciones cada 5 minutos. Tensión arterial 160/100.

Del Servicio Urgencias pasa a paritorio donde sigue refiriendo contracciones y notar los movimientos fetales. A la exploración se objetiva cérvix borrado un 40%, permeable a un dedo. Cefálica y bolsa íntegra.

Cardiotocograma basal fetal: frecuencia cardíaca fetal 130 lpm, variabilidad 5-20 lpm, no desaceleraciones, Dinámica irregular cada 10 minutos, tensión arterial 150/90 (22:45 horas).

Se controla la tensión arterial cada 10 minutos persistiendo cifras de 160/110 y 160/100 por lo que a las 23 horas se avisa a ginecólogo de guardia. Valorada la paciente se pide analítica de sangre y orina y se cursa ingreso hospitalario para control de dinámica y tensión arterial.

Se explica a la paciente, según consta en historia clínica, signos de alarma por los que debe avisar:

- aumento de dinámica uterina
- expulsión de líquido amniótico
- sangrado en cantidad igual o mayor que una regla
- disminución de movimientos fetales
- cefaleas, fotopsias o epigastalgias.

La tensión arterial se normaliza persistiendo alguna cifra límite.

Analítica normal sin proteinuria ni elevación de ácido úrico ni transaminasas por lo que se cataloga de hipertensión leve de embarazo que según protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) no precisa tratamiento farmacológico.

Valoración el día 16 de mayo de 2015 con realización de cardiotocograma fetal: feto reactivo, dinámica irregular (10:15 horas).

De nuevo control a las 13:45 horas con cardiotocograma por referir la paciente dinámica. CTB reactivo, dinámica irregular.

El 17 de mayo de 2015 de nuevo control a las 00:33 horas, siendo reactivo y con dinámica escasa.

Valoración en la planta a las 10:09 horas con tensiones arteriales límites en alguna ocasión.

Cardiotocograma feto reactivo.

A las 21:04 horas refiere dinámica regular cada 3-4 minutos desde hace 1 horas, dolorosa. Se envía a paritorio.

En paritorio se explora a la paciente: cérvix posterior permeable a un dedo, borrado 60%, blando, cefálica bolsa íntegra.

Se inicia registro fetal a las 21:30 horas no captándose latido cardíaco fetal. Se avisa a la ginecóloga de guardia, que según protocolo de la SEGO realiza una ecografía, confirmando óbito fetal.

Se informa a la paciente y a la familia y se le propone inducción de parto, que la gestante acepta.

El 18 de mayo de 2015 se produce parto vaginal con feto sin actividad cardíaca y se envía con consentimiento de la paciente para necropsia en anatomía patológica. La paciente se da de alta asintomática el 19 de mayo de 2015 con diagnóstico de óbito fetal anteparto y posible enfermedad hipertensiva gravídica.

Con base en esos hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

- La muerte fetal reside en la interacción entre la madre, la placenta y los factores fetales. Además existen factores de origen desconocido que no son posibles de identificar con los medios actuales. En una gran mayoría de casos las causas permanecen desconocidas, incluso aunque se practiquen múltiples pruebas a la madre y autopsia al mortinato, como así sucedió.

- Los factores maternos engloban enfermedades generales que se exacerban con la gestación y enfermedades propias del embarazo.

(...)

En resumen, las enfermedades maternas que pueden causar muerte fetal anteparto, son: diabetes, hemoglobinopatías, isoimmunización Rh, síndrome antifosfolípido, edad materna, embarazo mal controlado, trombofilias hereditarias,

restricción del crecimiento uterino, colestasis, embarazo prolongado, desprendimiento prematuro de placenta, enfermedad celiaca, accidentes del cordón umbilical, hipertensión o preeclampsia. La gestante -en el caso que nos ocupa- ingresó por HTA y pródromos de parto y era hipertensa desde el año 2012.

Factores externos modificables: Tabaco, cocaína y otras drogas, alcohol (según algunos autores), medicamentos para los que exista evidencia de teratogénesis o toxicidad, radiación.

Factores externos no modificables. Infecciones tales como: Listeriosis, parvovirus b, Coxsackie, Leptospirosis, varicela, sífilis, toxoplasma, rubéola, citomegalovirus y herpes.

Traumatismos.

- Resumidos, los factores fetales que pueden ser causa de muerte fetal anteparto son: malformaciones, alteraciones genéticas, hipoplasia pulmonar, infecciones, gestación múltiple, bajo peso fetal, factores placentarios, desprendimiento prematuro de placenta, prolapso de cordón, rotura prematura de membranas, anomalías de implantación, estructurales o funcionales.

- El informe de Anatomía Patológica, de 3 de agosto de 2015, emitió el resultado del estudio al mortinado, cuyo diagnóstico fue hipoxia fetal.

Sin embargo, el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología de 20 de diciembre de 2016, indicó que la hipoxia fetal no sería la causa de la muerte sino la consecuencia de una parada cardiorrespiratoria, encuadrada en etiología desconocida. Muerte súbita fetal. La parada cardiorrespiratoria originaría la hipoxia fetal.

- Al respecto aclarar que la enfermedad es un proceso evolutivo y como tal tiene fases. Resultaría fácil diagnosticar, con todas las fases expuestas. La sospecha diagnóstica está basada en la presencia de síntomas y signos. Pero si éstos no se manifiestan, no es posible tal sospecha. La tensión arterial fue controlada y normalizada en el hospital (15-05-2015), no existiendo hipertensión arterial durante el embarazo, lo que hubiera dado lugar a retraso de crecimiento, oligoamnios, preeclampsia grave, y no se dieron. El mismo día 15-05-2015, se realizó una monitorización fetal, una ecografía y un control de su tensión arterial, siendo normales.

Consideramos que la hipertensión leve de la gestante no puede ser la causa de la muerte fetal ya que las muertes fetales por estados hipertensivos se deben a desprendimiento de la placenta o agravación de la hipotensión que acaba en eclampsia y convulsiones maternas.

Luego la muerte súbita fetal es la circunstancia más verosímil. La muerte súbita fetal sigue teniendo un origen desconocido y, en el caso que estudiamos, ni siquiera el estudio anátomo-patológico practicado al embrión/feto y placenta, arrojó luz suficiente para esclarecer y establecer el origen del fallecimiento fetal; puesto que el feto no tenía malformaciones, la placenta no presentaba alteraciones macroscópicas y todos los órganos de la cavidad tóraco-abdominal se encontraban en número, posición y peso, adecuados.

El SIP llega a las siguientes conclusiones:

1.- La muerte del feto intra útero se debió a un origen desconocido. No obstante el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología señala que si bien es de origen desconocido se recomienda a la paciente el estudio exhaustivo de parámetros que no se investigan en los protocolos normales de seguimiento de la gestación, como: el factor de Leydig, mutaciones que alteran factores de la coagulación, antifosfolípidos, factor lúpico, etc.

2.- Revisada historia clínica la actuación de todos los profesionales que atendieron a la gestante ha sido profesional, ajustada a los protocolos del Servicio y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Las atenciones y controles de la paciente han sido exhaustivos, correctos y profesionales, en todas las instancias que tuvieron alguna actuación con la gestante. La gestante acude por notar contracciones y se detectan tensiones arteriales límites. Se deja ingresada por la lejanía de su vivienda habitual al hospital. Las hipertensiones gravídicas se controlan de manera ambulatoria y, según protocolo SEGO, hasta la semana 42 no se debe inducir parto, salvo otro diagnóstico grave de alteración de la gestación [Retraso de crecimiento, oligoamnios, preeclampsia grave, (...)].

Circunstancias que no concurrían en la gestante.

3.- La señora gestante de 35 años con 41 semanas, acudió a Urgencias del Hospital de Fuerteventura, y a tenor de los síntomas y signos que presentaba en el momento de su asistencia, valoración, exploración y pruebas complementarias, el Servicio de Obstetricia y Ginecología -en consonancia con todo ello-, decide ingreso

hospitalario para control de la dinámica y tensión arterial. Entendemos que tal decisión fue la adecuada, ajustada a la clínica que presentaba la paciente en aquel momento. La tensión arterial fue controlada y normalizada en el hospital. El mismo día 15-05-2015, se realizó una monitorización fetal, una ecografía y un control de su tensión arterial, siendo normales.

4.- Por los informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio del Servicio Canario de la Salud que atendieron al paciente, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada al paciente y por lo tanto la actuación dispensada, debe calificarse de correcta. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

5.- Como dijimos, a posteriori, sería fácil con todos los síntomas, signos y datos de la enfermedad presentados, lograr un diagnóstico de certeza, y sólo entonces podría afirmarse con rotundidad, qué exploraciones, pruebas complementarias y pautas deberían haberse realizado y solicitado.

Ello no significa que las decisiones tomadas con anterioridad -en función de la sintomatología disponible de la enfermedad-, fuesen indicativas de mala praxis médica.

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, la reclamante no presentó alegaciones.

4. 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 se desprende la inexistencia de la relación causal entre el daño alegado y la actuación del SCS, por lo que, sin relación causal, no cabe el reconocimiento de daño antijurídico ni, por tanto, de responsabilidad patrimonial del SCS.

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 no se adoptó ninguna decisión por parte de los facultativos que la atendieron acorde con la situación de riesgo que existía cuando ingresó en el centro hospitalario de Fuerteventura para dar a luz, determinándose que el feto era macrosómico, con 41 semanas más tres días y con registros de tensión de 160/100, resultado que finalmente el feto expiró.

Sin embargo, sin la prueba de que efectivamente la muerte del feto se produjo por la inactividad de los facultativos es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y 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 la actuación de los profesionales que atendieron a la gestante ha sido profesional, ajustada a los protocolos del Servicio y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Las atenciones y controles de la paciente han sido correctos, en todas las instancias que tuvieron alguna actuación con la gestante.

Así, a tenor de los síntomas y signos que presentaba en el momento de su asistencia, valoración, exploración y pruebas complementarias, el Servicio de Obstetricia y Ginecología -en consonancia con todo ello-, decide ingreso hospitalario para control de la dinámica y tensión arterial. Tal decisión fue la adecuada ya que la tensión arterial fue controlada y normalizada en el Hospital, realizándose una monitorización fetal, una ecografía y un control de su tensión arterial, siendo normales.

De lo anterior se infiere que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada al paciente y por lo tanto la actuación dispensada y adecuada a la *lex artis*.

Que se haya producido óbito del feto intra útero se debió a un origen desconocido, siendo la muerte súbita fetal la circunstancia más verosímil, ya que ni siquiera el estudio anátomo-patológico practicado al embrión/feto y placenta arrojó luz suficiente para esclarecer y establecer el origen del fallecimiento fetal: el feto no tenía malformaciones, la placenta no presentaba alteraciones macroscópicas y todos los órganos de la cavidad tóraco-abdominal se encontraban en número, posición y peso adecuados.

En definitiva, la reclamante no ha probado que los daños por los que reclama sean consecuencia del servicio sanitario recibido, habiéndose acreditado, por el contrario, que recibió una asistencia adecuada cuando ingresó para ser atendida para el parto, sin que se haya determinado la causa del fatal desenlace de la muerte del feto (siendo la más probable la muerte súbita), lo que impide apreciar la existencia de relación de causalidad entre ese hecho y la asistencia sanitaria recibida y, por ende, el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la administración, 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.