



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 8 4 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 21 de junio 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. 242/2018 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 reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 23 de noviembre de 2016 a instancia de (...), solicitando una indemnización por los daños producidos supuestamente como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del SCS.

2. La reclamante solicita por los daños sufridos una indemnización de 180.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), normativa esta última aplicable porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma.

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva, tanto del SCS como del (...) art. 214 del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011) y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (art. 21.2 LPACAP), sin embargo aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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.

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

## II

1. La interesada basa su pretensión en los siguientes hechos:

Con fecha 8 de enero de 2016, la reclamante, embarazada de 36 +5 semanas, es trasladada en ambulancia por indicativo del Servicio de Urgencias Canario a (...), por sangrado vaginal. Se constata latido fetal. Tras dos horas de ingreso en este Centro Hospitalario es trasladada en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), donde llega con latido fetal. Al poco tiempo de estar en el HUC, y sin rigor médico alguno le informan que se ha producido un óbito fetal.

Reclama porque entiende que el resultado es debido a que no se ha respetado la buena práctica médica en (...) ni en el HUC, ambos Centros Hospitalarios a los que el feto llegó con latido, puesto que no se le realizaron las pruebas preceptivas y pertinentes. Existe por tanto, mala praxis médica en ambos centros sanitarios. Alega

además la falta tanto de ginecólogo como de matrona en (...), donde llegó de urgencia con sangrado vaginal y no pudo ser atendida por estos profesionales.

2. De la documentación médica obrante en el expediente, constituida por el historial de la interesada y por los informes emitidos por los facultativos que participaron en la atención sanitaria prestada, para el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) resultan los siguientes hechos:

- La gestante, de 35 años, y antecedentes de aborto en marzo de 2014 por gestación anembrionaria, fue diagnosticada durante el primer trimestre de su embarazo de hipotiroidismo primario subclínico. Se prescribe tratamiento con Eutirox y seguimiento en consulta de Endocrinología Gestacional.

- El resultado del screening del primer trimestre, de fecha 29 de julio de 2015 fue de alto riesgo para alteraciones cromosómicas (test de riesgo bioquímico para trisomía 21: 1/30 y test de riesgo combinado para trisomía 21: 1/199). Se recomienda amniocentesis. Voluntariamente decide no realizar esta prueba.

- A las 20 semanas se muestra ecografía morfológica con oligoamnios (disminución del líquido amniótico) y ecografía doppler selectiva de 29 de septiembre de 2015 con presencia de arterias uterinas patológicas. Se realiza seguimiento clínico y ecográfico exhaustivos en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del HUC. Por este motivo además, se le prescribe Adiro para controlar efectos adversos, y reposo relativo con baja laboral.

- Con fecha 8 de enero de 2016 y estando en la semana 36 + 5 de gestación, es trasladada en ambulancia desde su domicilio hasta el Servicio de Urgencias de (...), donde es admitida a las 15:12 horas, por sangrado mayor que una regla y dolor abdominal desde las 14:00 horas.

- Es atendida inmediatamente, valorando sus constantes vitales, que resultaron normales. A las 15:30 h es atendida por la matrona, que evidencia sangrado abundante y coloca registro cardiotocográfico (RCTG) que no detecta latido fetal. Tras 5 minutos sin percibir latido fetal, se avisa a la especialista en Obstetricia y Ginecología de este Centro Hospitalario. Se canaliza vía venosa periférica en MSI y se inicia tratamiento con sueroterapia. Se traslada a la paciente al ecógrafo donde la doctora confirma exitus fetal con posible desprendimiento de placenta. Las constantes son normales. Se le explica la situación a la paciente y a su pareja y es trasladada en ambulancia medicalizada hasta su hospital de referencia, el HUC,

previa comunicación de su traslado al Equipo de Guardia de Ginecología y Obstetricia.

- A las 16:50 h se activa el recurso medicalizado y a las 17:18h Katiuska es trasladada al HUC, donde llega a las 17:50h.

- A las 17:55 h es evaluada por el Equipo de Guardia de Ginecología y Obstetricia del HUC al completo, constatándose la ausencia de latido cardíaco fetal. Pasa a paritorio presentando inestabilidad hemodinámica con sangrado genital activo rojo, útero leñoso y cérvix desfavorable, aumentando la sospecha de desprendimiento de placenta. Se decide realizar cesárea emergente por compromiso vital materno, inestabilidad hemodinámica y prevención de patología derivada del desprendimiento prematuro de placenta.

- A las 18:10 h se obtiene mediante cesárea un recién nacido de sexo femenino, exitus, de 2.680 gr y se asiste al alumbramiento de una placenta con gran hematoma que ocupa la totalidad de su cara materna, lo cual confirma el diagnóstico de desprendimiento de placenta normalmente inserta.

- En quirófano se reciben los resultados analíticos que catalogan el cuadro de posible Síndrome de Hellp completo, por lo que se inicia tratamiento con perfusión de sulfato de magnesio y transfusión de un concentrado de hematíes.

- La evolución posterior en planta de hospitalización transcurre según lo esperado. El día 9 de enero de 2016 se recibe a la paciente procedente de Recuperación Postanestésica. Consciente, orientada, colaboradora, buena diuresis y edema palpebral. Hace un pico de HTA sin signos de preclamsia que se controla con medicación. Se inicia seguimiento analítico.

- En los días posteriores se mantiene estable y evoluciona favorablemente. Con fecha 14 de enero de 2016 se decide al alta con la recomendación de continuar el tratamiento médico en domicilio y seguimiento analítico.

- Con fecha 5 de julio de 2016 se comunica a la familia que la necropsia fetal no ha mostrado malformaciones fetales internas ni externas, y sí desprendimiento de placenta, posiblemente secundario a hipertensión arterial. Se informa del riesgo de recurrencia en embarazos posteriores.

- A la vista de la historia clínica de la paciente y de los informes preceptivos, el SIP concluye con la inexistencia de responsabilidad patrimonial por parte de la Administración sanitaria.

3. En la prueba testifical practicada al esposo de la reclamante, éste confirma que la versión de los hechos realizada en la reclamación, así como que no se le realizó, pese a ser un embarazo de riesgo, una cesárea inmediata anticipada, como decisión terapéutica que hubiese evitado el óbito fetal, ni firmó el consentimiento informado para la cesárea, una vez confirmado el exitus del feto.

4. Conferido el preceptivo trámite de audiencia, la interesada alega lo señalado por su esposo en la prueba testifical, por lo que reitera su solicitud de ser resarcida por la muerte de su hija nonata.

Por su parte, el centro concertado solicita que se desestime la reclamación presentada por la interesada toda vez que no se ha probado que la causa del daño alegado sea consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en su centro.

5. La Propuesta de Resolución, con base en los distintos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

### III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, 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, tal como establece 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. 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 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 aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en la deficiente atención prestada ya que no se le realizó, pese a ser un embarazo de riesgo, una cesárea inmediata anticipada, como decisión terapéutica que hubiese evitado el óbito fetal, por lo que reitera su solicitud de ser resarcida por la muerte de su hija nonata.

Sin la prueba de estos extremos de hecho 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, pese a que lo anunció, 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 se desprende que desde la semana 20 de gestación se le realizan ecografías morfológica, realizándose un seguimiento clínico y ecográfico exhaustivos en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del HUC. En los siguientes controles clínicos y ecográficos evolutivos realizados con carácter semanal hasta el 5 de enero de 2016, se confirma la normalidad de la tensión arterial, de líquido amniótico y arterias uterinas, con feto activo y reactivo.

Con fecha 8 de enero de 2016, es trasladada a (...), por sangrado vaginal mayor que una regla desde las 14 h. A las 15:14 h ya consta que ha sido vista por enfermería, quien le toma las constantes vitales que resultan normales, y hace una valoración neurológica básica. A las 15:30 h la paciente ya ha sido trasladada a paritorio donde se le coloca el RCTG. Tras 5 minutos de registro no se localiza foco fetal. Por este motivo se cambia de monitor cardiotocográfico, pero continúa sin detectarse el latido fetal, en contra de lo alegado por la reclamante varias veces en su reclamación inicial, cuando expone que cuando llegó a (...) el feto presentaba latido.

Queda acreditado que, pese a que se alega por la interesada y por su esposo que estuvo al menos una hora esperando ser vista por un ginecólogo, estaba siendo atendida por una matrona, con titulación acreditativa. Una vez confirmada la ausencia de latido, se avisa a la doctora de guardia y se canaliza vía venosa para iniciar sueroterapia. Se traslada a la paciente al ecógrafo, en el que se evidencia exitus fetal con posible desprendimiento de placenta.

Igualmente está acreditado, en contra de lo alegado por la parte, que en (...) por informe médico de Urgencias figura que a su llegada al centro hospitalario fue

atendida inmediatamente por la matrona, cuyo número de colegiada es 8819, y por médica especialista en Obstetricia y Ginecología.

Una vez efectuada la ecografía que objetiva ausencia de latido fetal y sospecha de desprendimiento de placenta, se traslada en ambulancia a su hospital de referencia, donde se le toman las constantes vitales. En informe emitido por este servicio de ambulancias figura que «presenta metrorragia con feto sin latido». Ya en el HUC se recibe en paritorio donde se confirma el exitus fetal y la sospecha diagnóstica de desprendimiento de placenta. A la exploración, útero leñoso, sangrado rojo y dilatación de 1 cm. Se realiza ecografía comprobando ausencia de latido fetal así como placenta normoinsera fúndica con hematoma retroplacentario de gran tamaño. Se indica cesárea urgente por compromiso materno (desprendimiento de placenta y sangrado activo), que no necesita de consentimiento informado.

El SIP informa que la muerte fetal intraútero se produjo, según confirmó la clínica y analíticas realizadas, como consecuencia de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta -Síndrome de Hellp completo-, anemia e incompatibilidad materno-fetal.

En suma, el servicio público sanitario actuó en todo momento conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados, no se ha acreditado negligencia médica; en concreto que la no realización, por ser un embarazo de riesgo, de una cesárea urgente provocara la muerte del feto. Por el contrario, la asistencia prestada fue que en todo momento adecuada a la *lex artis ad hoc*, todo lo cual impide el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que se ha de concluir procede desestimar la pretensión resarcitoria.

## 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.