



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 4 4 2 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 28 de noviembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario EXP. 422/2019 IDS*\*.

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

### I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (300.000 euros), de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma.

También son aplicables la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994 de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

## II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, se deduce del escrito de reclamación presentado que son los siguientes:

El día 14 de octubre de 2017, la afectada que estaba embarazada de 37 semanas aproximadamente y tenía programada la realización de una cesárea para el día 2 de noviembre de 2017, decisión que se adoptó teniendo en cuenta sus antecedentes gestacionales, según alega la reclamante, acudió al Servicio de Urgencias de la Clínica (...) alrededor de las 11:30, lo que hizo en virtud del concierto que la misma tiene con el SCS, pues el seguimiento de su embarazo se efectuaba por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC), por sufrir un fuerte dolor abdominal junto con expulsión de líquidos con aspecto de diarreas, así como por tener tensión alta y taquicardias.

Sin embargo, pese a presentar la paciente estos síntomas la llevaron a un cubículo y le pusieron una vía, sin que en ese momento fuera atendida por ningún médico y a medida que pasaban los minutos iban aumentando los dolores, que eran cada vez más insostenibles, omitiéndose asistencia alguna, razón por la que su acompañante solicitó insistentemente y de forma urgente que la afectada fuera asistida por un médico de inmediato.

2. Después de haber permanecido más de una hora en tales circunstancias, fue atendida por el personal médico de (...), quienes constataron que el latido del corazón del feto es bajo (bradicardia) por lo que decidieron practicarle una cesárea de urgencia, sin que la misma evitara que el bebé naciera sin vida, sufriendo la

afectada una fuerte pérdida de sangre, por lo que tuvo que ser transfundida con cinco bolsas de sangre.

3. Los interesados reclaman una indemnización total de 300.000 euros, comprensiva del daño padecido, que a su juicio ha sido causado por la deficiente actuación de los servicios sanitarios dependientes del SCS.

Los interesados consideran que ello es así por dos razones distintas, pero que juntas ocasionaron el resultado lesivo expuesto. Por un lado, la desatención y el retraso en efectuarle la cesárea en (...) y, por otro lado, el error en la datación del desarrollo del feto, pues se consideraba erróneamente que en el momento de los hechos tenía 37+3 semanas de gestación, cuando en la necropsia realizada tras el parto se determinó que tenía 40 semanas en dicho momento, lo que implicaba, según alegan los interesados, que era un bebe a término, siendo lo adecuado haberle realizado una cesárea no en la fecha de los hechos, sino incluso antes del 14 de octubre, máxime, cuando se trataba de un embarazo de alto riesgo.

4. Así mismo, se ha de tener en cuenta diversa información que consta en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), que se ha de incluir necesariamente para llevar a cabo una adecuada exposición de los antecedentes de hecho.

Así, en dicho informe se señala que «Tras la cesárea se observa desprendimiento total de placenta, no es el clásico desprendimiento, sino una forma obstétrica bastante infrecuente.

Acontece una infiltración hemorrágica miometrial uterina, diagnóstico de útero de Couveliere. Este no se puede prever durante la gestación de la paciente, sin datos objetivados de ello, lo cual es lo que acontece normalmente en estos casos. Tampoco sabemos cuándo se inicia realmente la formación del hematoma.

Este tipo de desprendimiento placentario consiste en que el sangrado se acumula por detrás del útero formándose un hematoma, no se observan pérdidas hemáticas por vagina, no se observa sangrado vaginal al llegar la paciente al hospital y tampoco previo a ello, aunque hay una hemorragia ésta está contenida dentro de la cavidad.

El útero de Couvelaire es un cuadro clínico excepcional en Obstetricia. Es una de las complicaciones más severas del desprendimiento prematuro de placenta».

Además, se explica acerca de ambos padecimientos lo siguiente:

«El desprendimiento prematuro de la placenta ocurre cuando **esta** se separa de la pared interna del útero antes de que nazca el bebé. Los síntomas **más** comunes son sangrado vaginal y contracciones dolorosas.

**(...)** El desprendimiento prematuro de la placenta es peligroso debido al riesgo de sangrado incontrolable (hemorragia), puede presentar otras complicaciones: Hemorragia y shock. Coagulación intravascular diseminada. Mortinato (muerte fetal). Hemorragia (sangrado) durante el parto. El síntoma **más** común del desprendimiento prematuro de la placenta es un sangrado vaginal doloroso de color rojo oscuro durante el tercer trimestre del embarazo. También puede ocurrir durante el parto. Sin embargo, cada mujer puede experimentar los síntomas de manera diferente. Puede no haber un sangrado vaginal visible, pero sí uno intrauterino. Los síntomas pueden incluir: Sangrado vaginal. Contracciones uterinas incesantes. Sangre en el líquido amniótico **(...)** No existe ningún tratamiento para detener el desprendimiento prematuro de la placenta ni para su reimplantación.

**(...)** Pero, el desprendimiento prematuro de placenta puede dar origen a una hemorragia retroplacentaria y a la formación de un hematoma en la zona. Una vez que se presenta **esta** condición la hemorragia puede reaccionar de varias formas, una de ellas es invadiendo las fibras musculares del útero, condición que se conoce como útero de Couvelaire. Cuando **este** cuadro se presenta el útero adquiere un color azulado y pierde la capacidad de contraerse.

El útero de Couvelaire es un cuadro clínico excepcional en la obstetricia moderna que consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical. El útero de Couvelaire es una de las complicaciones **más** severas del desprendimiento prematuro de placenta; aparece en 0.4 a 1% de los embarazos.

El útero de Couvelaire es un padecimiento muy complejo, asociado con elevada mortalidad fetal que **solo** puede diagnosticarse por laparotomía y biopsia. Está asociado a una elevada morbimortalidad materno-fetal. La mayoría de las **perdidas** fetales se deben a muerte intrauterinas».

### III

1. El procedimiento comenzó el día 13 de octubre de 2018, a través de la presentación de la reclamación efectuada por la representante de los interesados en la correspondiente oficina de Correos y Telégrafos.

2. El día 3 de diciembre de 2018, se dictó la Resolución núm. 3.135/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

3. El presente procedimiento cuenta con la totalidad de los trámites preceptivos, incluyendo el informe de los Servicios de Obstetricia y Ginecología del

HUNSC y de (...) y el informe del SIP, se acordó la apertura del periodo probatorio, sin que se practicara prueba alguna, y se le otorgó el trámite de vista y audiencia tanto a los interesados como a (...), presentando ambos escritos de alegaciones.

El día 29 de octubre de 2019 se dictó la Propuesta de Resolución definitiva, habiendo vencido el plazo resolutorio tiempo atrás, lo que no obsta para resolver expresamente al existir deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los económicos que pudiera comportar (art. 21 LPACAP).

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, por considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, pues se alega, tras analizar los dos motivos en los que se fundamenta la reclamación de los interesados, que *«El resultado final no puede ser atribuible a ningún error ni en la fecha de parto ni en la programación de la finalización de la gestación. La urgencia aparece justo antes de la cesárea programada y la fatalidad hace que el resultado sea el que fue, pero no asociado a ninguna mala actuación del personal que atendió a la paciente en todos los procesos.»*

El resultado no se podía prever durante la gestación, y la rápida actuación de (...) no pudo resolver la gravedad del cuadro y el fatal desenlace, debido a la propia patología sufrida

Por lo que ante la inexistencia de daño antijurídico indemnizable, habiendo actuado el SCS, conforme a la *lex artis* en todo momento, en virtud de las competencias que me corresponden».

2. En cuanto al fondo del asunto se han planteado dos cuestiones por los interesados, en los términos ya expuestos. La primera de ellas es la relativa a la atención médica que se le dispensó a la paciente en (...), en la que se incluye el retraso asistencial aducido por los interesados. Al respecto, en el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología de (...) se manifiesta acerca de tal actuación médica lo siguiente:

«Acude al Servicio de Urgencias de **este** hospital el 14/10/17, en la semana 37+3 de amenorrea, refiriendo, según informe del dr Nápoles que la atiende, "contracciones frecuentes, náuseas, diarreas líquidas y malestar general. No rotura de bolsa. Niega fiebre (...) Indica sueroterapia, antieméticos y protectores gástricos y avisa a Paritorio para que se valore la paciente desde el punto de vista obstétrico. La hora de registro en **este** Servicio es a las 11:27. (1).

La toma de constantes y valoración de Enfermería de Urgencias es a las 11:36 (2).

La hora de llegada a Paritorio es a las 12:10. La recibe la matrona de guardia (...), que constata un cérvix sin modificar. Allí tiene lugar la amniorrexis espontánea, con salida de líquido mecomial, y se le coloca un cardiotocógrafo que denota una bradicardia mantenida por lo que, ante la sospecha de pérdida de bienestar fetal, se avisa inmediatamente al ginecólogo de guardia, **Dr.** (...), y se traslada de urgencia la paciente a quirófano. Hora de salida de Paritorio: 12:14h (3). La cesárea se realiza de forma inmediata, de forma que a las 12:27 horas (4) se extrae un feto varón, de 3475 grs, en parada cardiorespiratoria (Apgar 0/0), que el Servicio de Pediatría [**Dra.** (...)] no logra reanimar. Durante la misma, se constata un desprendimiento total de placenta con infiltración hemorrágica miometrial, causa evidente del fallecimiento fetal.

La paciente precisó la transfusión de 4 concentrados de hematíes, tras los cuales se quedó con una hemoglobina de 7,1 y hematocrito de 20,7%».

Pues bien, este informe demuestra que las manifestaciones de los interesados acerca de la asistencia médica prestada son del todo inciertas, ya que cuando la interesada se presentó en el Servicio de Urgencias de (...), desde un primer momento, se le atendió por el médico de guardia, no constando que a su ingreso presentara síntomas que indicaran la necesidad de una cesárea de urgencia, y, además, estuvo controlada por el personal de enfermería, siendo remitida al paritorio, donde le atendió la matrona de guardia alrededor de media hora después de ser tratada por el personal de enfermería.

Además, estando en el paritorio con la referida matrona, presentó síntomas que indicaban la necesidad de una cesárea urgente, lo que dio lugar a que se actuara con la celeridad que las circunstancias requerían, finalizando la cesárea con la extracción del feto en 17 minutos tras detectar dichos síntomas.

Finalmente, la interesada no ha presentado prueba alguna que demuestre que tal informe sea incierto, ni tampoco que la Ciencia Médica exija, en casos como **este**, que la actuación médica dure menos de los referidos 17 minutos.

3. En cuanto a la segunda cuestión, la relativa a la datación del desarrollo del feto, primeramente, en el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUNSC se señala que:

«El 25 de abril de 2017 se realiza ecografía para screening prenatal, es la semana 12+6 y las medidas de biometría fetal corresponden con esa edad gestacional. Es decir, esa datación de la gestación es correcta y la FPP se mantiene el 01/11/2017.

El 23 de junio de 2017, en la semana 21+2 días de gestación, se realiza Ecografía Selectiva para valoración de malformaciones fetales que resulta satisfactoria. En este momento del embarazo las medidas fetales también corresponden con la FPP el 02/11/2017.

En las dos valoraciones realmente importante para datar una gestación se confirma que la edad gestacional, en ambas, coincide con la calculada por la última regla. No es cierto por tanto que la cesárea se hiciera en la semana 40 si no en la 37+3, cuando estaba prevista para tres días **más** tarde de forma electiva.

Durante todo el embarazo se suceden los controles tanto en Obstetricia, Endocrinología y Psiquiatría. Se objetiva un feto en percentiles superiores con un hidramnios que coincide con la diabetes materna y unido al antecedente de 2 cesáreas anteriores se programa la cesárea para la semana 38 (el 17 de octubre) como se puede comprobar en las indicaciones de la consulta del día 11 de octubre de 2017. En todos los protocolos de realización de cesárea electiva, por tanto sin causa urgente asociada, se espera a **esta** fecha para asegurar la madurez pulmonar y sobre todo la madurez neurológica del recién nacido. No se espera a la fecha probable de parto en noviembre y en este caso aunque esa fuera la fecha de las 40 semanas la cirugía estaba correctamente prevista para las 38 semanas.

**(...)** No es cierto que la paciente estuviera en la semana 40 cuando ingresó en (...), eran 37+3 porque el embarazo estaba correctamente datado en el primer y segundo trimestre y así consta en el informe emitido por dicho hospital. A término los niños pueden ser grandes sobre todo cuando la madre es diabética pero no de **más** edad gestacional. No existe ningún parámetro que valorando al recién nacido se afirme que estaba de 40 semanas, ningún análisis ni en necropsia, es un recién nacido a término pero no con un error en la fecha de parto. Es un recién nacido de 3475 gramos y el peso no da la edad gestacional».

Además, en el informe de la necropsia practicada al hijo de los interesados (página 38 del expediente, informe de anatomía patológica) se afirma que se trata de un *feto varón sin malformaciones con somatometría correspondiente a la edad gestacional en torno a 40 semanas*, lo que implica que no es cierto que en dicho informe se afirme de modo concluyente que en el momento de realizar la necropsia, una vez finalizado el parto, el feto tuviera 40 semanas de gestación, sino que

aproximadamente podía tener tal tiempo, lo que no es incompatible con la datación de 37+3 semanas establecida por el Servicio del HUNSC.

Así mismo, también consta en la documentación transcrita que la cesárea estaba programada no para el día 2 de noviembre de 2019, cuando según las estimaciones del Servicio se cumplían las 40 semanas de gestación, como erróneamente afirman los interesados, sino que estaba programada para el día 17 de octubre y se realizó de urgencia tres días antes de **esta** fecha, cuando por las circunstancias referidas fue necesario.

Por tanto, los interesados no han demostrado la concurrencia del error de datación, que ello refieren en sus alegaciones, como tampoco que cesárea de urgencia se efectuara en un momento gestacional inadecuado.

4. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero y 341/2019, de 3 de octubre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada **más** que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos



de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

En el presente caso, se han empleado todos los medios y técnicas sanitarias disponibles, en función de los síntomas que presentaba la afectada, en un tiempo adecuado a la urgencia del caso, lo que nos lleva a la conclusión de que la asistencia sanitaria prestada se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*.

5. Finalmente, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1192, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público-, 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. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), 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 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).

Del examen del expediente, resulta evidente que los interesados no han logrado probar los dos hechos en los que fundamentan su pretensión de acuerdo con las razones expuestas anteriormente.

Por ello, procede afirmar que no se ha demostrado la existencia de relación causal entre el funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por los interesados.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, es conforme a Derecho con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.

Éste es nuestro Dictamen (DCC 442/2019, de 28 de noviembre de 2019, recaído en el EXP. 422/2019 IDS), que pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha indicados en el encabezado.