



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 3 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de febrero de 2021.

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. 18/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 18 de enero de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el día 20 de enero de 2021.

2. La cuantía indemnizatoria (7.386,15 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) 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). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero 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 este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud 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. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 13 de agosto de 2018 respecto de un daño que, a la fecha de la reclamación sigue sin determinarse.

II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Concretamente, alega en su escrito de reclamación lo siguiente:

«Que el pasado día 12 de octubre de 2017 a las 17:16 horas tuvo un parto eutócico en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Que obtiene el alta por el parto el día 14 de octubre de 2017 a las 10:32 horas.

Que tras el mencionado parto ha notado molestias y varios sangrados por lo que decide acudir a la Doctora (...) (Sanidad Privada) la cual tras una exploración detecta que hay restos de placenta retenida en útero.

El 12 de enero de 2018 se comunica a la doctora de familia asignada (...) [COL (...)], la cual decide realizar interconsulta a patología ginecológica de carácter urgente, al objeto de solicitar valoración y tratamiento.

Con fecha 31 de enero de 2018 acude al servicio de Urgencias de Ginecología que evacua un diagnóstico provisional sobre la detección en el útero de imagen ocupación endometrial de 14mm con calcificación no vascularizado.

Con fecha 13 de abril de 2018 es explorada por el servicio de obstetricia en consulta. Se hace constar que a día de la fecha no ha tenido menstruación y se localiza en una eco transvaginal: útero en ante flexión de 50.3 mm con patrón de ocupación endometrio de 17.8 x 34.8 mm sin vascularización, con algunas zonas calcificadas. Diagnóstico: Retención restos tras parto. Por lo que se cita en patología endometrial.

Con fecha 23/04/2018 es intervenida quirúrgicamente mediante técnica de resección histeroscópica de RESTOS GESTACIONALES bajo anestesia local + sedación IV, en la cual se halla formación blanquecina trofoblástica en lateral izquierdo cavitario hasta canal cervical, esta intervención es realizada por el cirujano principal Dr. (...) (col (...)), el cual tras la intervención interpone tratamiento en domicilio y revisión para el 15 de mayo del presente año.

Con fecha 15/05/2018, acude a consulta postoperatoria por el Dr. (...) (col (...)), en el resumen plasma que en la intervención quirúrgica que se expuso en el párrafo anterior, se halló una formación blanquecina, trofoblástica antigua que ocupa todo el lateral izquierdo cavitario hasta canal cervical, y se procedió a la resección sistemática hasta miometrio sano, resulta difícil y se comprueba en LEGRADO que es debido a la presencia de membrana, se elimina todo el tejido blanquecino, QUEDANDO aproximadamente un tercio de cavidad con endometrio, se expone que se ha sangrado durante todo el posoperativo y que no hay menstruación. Se hace una ecografía donde se observa que en cara posterior de miometrio hay una formación ecogénica irregular. Ovarios con folículos. Se comenta que podría tratarse de persistencia de la endometritis, quedando pendiente de resultados de analíticas y se mantiene una actitud expectante. Se cita para el mes de septiembre del presente año, permaneciendo en la situación de baja.

Se manifiesta que, a día de la fecha de la firma del presente documento, no ha tenido la menstruación, motivo por el cual es considerable la preocupación.

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera que los sucesos han sido ocasionados porque los profesionales que atendieron el parto no comprobaron que no se quedará ningún resto de placenta tal y como queda de manera manifiesta, algo que es de capital importancia, puesto que al no examinar atentamente que no quedarán restos, se ha expuesto a futuras hemorragias e infecciones e intervenciones quirúrgicas totalmente innecesarias. Que todo esto ha supuesto continuas visitas a consultas médicas tanto en la sanidad pública como en la sanidad privada, y se ha tenido que intervenir quirúrgicamente, intervención la cual, se podía haber evitado con todas las consecuencias que conlleva todo tipo de operación».

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme a los arts. 21.2 y 91.3 LPACAP, lo que ha dado lugar a la presentación de queja ante el Diputado del Común por parte de la reclamante, que insta a la aportación de documentación a la Administración, tal y como consta en el expediente.

No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 23 de septiembre de 2019 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a que subsane su reclamación, de lo que recibe notificación el 5 de octubre de 2019, viniendo a aportar escrito de subsanación el 9 de octubre de 2019.

- Por Resolución de 11 de octubre de 2019, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, que le es notificada el 18 de octubre de 2019.

- El 14 de octubre de 2019 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 16 de octubre de 2020, tras haber recabado la documentación oportuna [además de la información facilitada por la reclamante, copia de la historia clínica obrante en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), e informe emitido por el Dr. (...), Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUNSC, emitido el 11 de noviembre de 2019].

- El 29 de octubre de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada y se incorpora la documentación clínica e informes recabados durante la instrucción y el informe del SIP, declarándose concluso este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello recibe notificación la reclamante el 12 de noviembre de 2020.

- El 29 de octubre de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 12 de noviembre de 2020, solicitando copia del expediente mediante comparecencia personal el 18 de noviembre de 2020, momento en el que se le entrega lo solicitado. Posteriormente, el 24 de noviembre de 2020 se presenta escrito de alegaciones.

- El 10 de diciembre de 2020 se insta a la reclamante para que cuantifique su reclamación, de lo que es notificada el 21 de diciembre de 2020, cuantificándola en 7.386,15 euros mediante escrito presentado el 29 de diciembre de 2020.

- El 15 de enero de 2021 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la interesada, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.- Según consta en la historia clínica y en documentación aportada por la propia reclamante, esta tuvo un parto eutócico el día 12/10/17, a la edad de 35 años. Según la hoja de parto la expulsión fetal ocurrió a las 17:16h y el alumbramiento (expulsión de placenta y membranas adjuntas) a las 17:25h, de forma espontánea, describiéndose placenta anómala de forma bilobulada (placenta dividida en dos lóbulos separados, unidos por vasos y por membranas), constatando una placenta íntegra, con membranas completas, es decir, queda constancia de que la placenta (con sus dos lóbulos) y sus membranas fueron revisadas y se apreciaron completas.*

*2.- *El parto eutócico es aquel que se desarrolla con total normalidad, por las vías naturales y sin exigir intervención instrumental.*

3.- El postparto inmediato y el puerperio transcurren dentro de límites normales, causando alta el 14/10/17. En evolutivos diarios previos al alta, se describe que se ha mantenido bien, afebril, exploración abdominal y tacto vaginal con loquios escasos, no malolientes (sangrado menor que regla, es decir, normal), útero bien contraído; episiorrafia con buen aspecto (limpia y sin edema); lactancia materna efectiva, con mamas blandas, sin signos de mastitis. Al alta se dan las recomendaciones sobre tratamiento, controles postparto y cuidados, entre los que se establece mantener lactancia materna adecuada y, de presentar sangrado genital en cantidad mayor que regla, fiebre, dolor abdominal, genital o mamario intenso, así como otra sintomatología, acudir a Urgencias de Maternidad.*

*4.- *Los loquios son pérdidas vaginales hemáticas, compuestas de sangre residual, mucosidad y tejido uterino que ocurre de forma natural tras el parto, cuya duración puede prolongarse hasta aproximadamente los 40 días.*

5.- La paciente, asintomática, acude a revisión postparto (Ginecóloga privada) el 19/12/17. En consulta se describe ha tenido parto normal. Se encuentra lactando. No ha menstruado. Se describe exploración normal. En Ecografía se describe endometrio de 14 mm con ecos hiperecogénicos, no ha menstruado. Aporta analítica normal, sin anemia. Está en tratamiento hormonal anticonceptivo (Cerazet). Se le solicita citología (informada posteriormente como normal). Se le advierte que si presentara sangrado abundante debe acudir al Servicio de Urgencias. Al término de la consulta, le cita en dos meses o tras una regla.

6.- El 12/01/18, tras consulta con Ginecóloga privada, y dada la ecografía con imagen de restos gestaciones en útero, sin dolor ni sangrados, su Médico de Familia realiza interconsulta a Ginecología, que responde (23/01/18) que daría cita para valoración.

7.- El 31/01/18, acude a Urgencias de Ginecología. En anamnesis la paciente refiere acudió a revisión postparto rutinario (asintomática), y le detectaron en ecografía imagen compatible con restos placentarios.

8.- En la exploración física los signos vitales, incluido la temperatura son normales, presentando un buen estado general. A la exploración ginecológica se aprecia abdomen blando, depresible, no doloroso. El tacto vaginal se describe normal, cérvix cerrado, no dolor, no sangrado. La Ecografía transvaginal describe útero en anteflexión con imagen de ocupación endometrial de 14 mm con calcificaciones, no vascularizado. Ovarios normales, lo que lleva al diagnóstico de persistencia de restos gestacionales. Dado que la paciente está asintomática y que los restos son escasos se consensua actitud expectante y se tramita seguimiento en consulta en 2-3 meses, que se tramita. Se explican signos de alarma por los que tendría que acudir a Urgencias de Ginecología.

9.- En fecha 05/02/18, acude a Ginecóloga privada, preguntando su opinión acerca de legar la cavidad uterina que le han aconsejado. En Ecografía se describe que persiste imagen por lo que le aconseja la intervención.

10.- El 11/04/18, en consultas de Ginecología se describe la presencia de amenorrea (ausencia de menstruación), en paciente que suspendió anticonceptivo hormonal (cerazet) y que continúa lactando. En anamnesis se describe, la presencia en control postparto de restos intracavitarios compatibles con restos placentarios. Se describe vulva, vagina, cérvix, útero y anejos normales y Eco transvaginal realizado con anterioridad en el que se objetivan restos intracavitarios compatibles con restos placentarios. Se le solicita analítica de hormona B-HCG (hormona gonadotropina coriónica humana) para descartar anomalías trofoblásticas (mola, coriocarcinoma) y se cita para Ecografía, previo a la valoración de histeroscopia.

11.- En fecha 13/04/18, se le realiza ecografía transvaginal que objetiva útero en anteflexión de 50.3 mm con patrón de ocupación, endometrio de 17,8x34,8 mm sin vascularización, con algunas zonas calcificadas. Ovarios normales, se concluye con el diagnóstico de Retención de restos tras parto.

12.- En fecha 19/04/18, se decide realización de cirugía ginecológica a través de Unidad de Cirugía sin ingreso (UCSI). Se describe que tras parto en octubre/2017, se mantiene amenorreica (mantiene lactancia materna). La ecografía transvaginal muestra imagen compatible con restos placentarios. La analítica muestra B-HCG negativa. Ese día queda suscrito por la paciente el consentimiento informado para la realización de histeroscopia quirúrgica.

13.- El 23/04/18 se le realiza resección histeroscópica de restos gestacionales bajo anestesia local y sedación intravenosa. En hoja quirúrgica quedan reflejados hallazgos de formación blanquecina, trofoblástica en lateral izquierdo cavitario hasta canal cervical. Se realiza resección sistemática hasta miometrio sano que resulta difícil, comprobándose en legrado que es debido a la presencia de membranas. Queda eliminado todo el tejido blanquecino. El material gestacional (restos gestacionales) de comportamiento atípico son remitidos a Anatomía Patológica para su estudio. No presenta incidencias durante intervención ni postoperatorio, por lo que causa alta con las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados y controles a seguir.

14.- El estudio anatomopatológico de los fragmentos obtenidos en la resección histeroscópica concluyó (el 09/05/18) con el diagnóstico de Restos deciduo-coriales (restos gestacionales) necróticos hialinizados y focos de miometritis (focos de inflamación en la capa muscular del útero).

15.- En Consulta de Ginecología de 15/05/18, se describe que sangró tres semanas, sin menstruación propiamente dicha; continúa con lactancia materna. La Ecografía muestra en cara posterior de miometrio formación ecogénica irregular, en probable relación con persistencia de endometritis. Ovarios con folículos. El tacto vaginal se describe normal, no doloroso. Se indica analítica hormonal y seguimiento.

16.- En Consulta de seguimiento del 17/09/18, se describe analítica normal. La paciente refiere haber sangrado escasamente (menstruado), tres días a finales de agosto. Sigue lactando. En Ecografía el endometrio es proliferativo con focos ecogénicos, uno mayor y otros puntiformes. Ovarios normales. Se indica continuar seguimiento evolutivo.

17.- En Consulta de 17/12/18, se describe tuvo manchado (menstruación), durante finales de noviembre. Refiere molestias con las relaciones sexuales. La exploración ginecológica es normal, se toma muestra para citología (informada posteriormente como normal). Útero se describe en anteversión, móvil, no doloroso a la movilización. Ecografía transvaginal describe útero con endometrio lineal hasta fundus, donde se evidencian dos focos hiperrefringentes. Ovarios normales, funcionantes. Impresiona molestias por ovulación, de continuar las mismas se prescribe iniciar tratamiento hormonal (anticonceptivo). Se indica llevar calendario menstrual y valoración clínica pasado unos meses.

18.- En Consulta de 18/03/19, la paciente describe regla de febrero abundante y larga (22/02 al 01/03). La Ecografía describe útero en anteversión con imagen ecogénica fúndica alargada y pocas periféricas. Se indica continuar seguimiento evolutivo.

19.- En consulta de 24/06/19. Refiere molestias vaginales, que relaciona con sequedad (tiene antecedentes de sequedad cutáneo mucosa por enfermedad sin relación con este proceso, en seguimiento y estudio por Reumatología). Tiene menstruaciones no abundantes de 5-6 días de duración cada 22-28 días. No está tomando el tratamiento hormonal (anticonceptivo) indicado. Sigue con lactancia materna (20 meses). En Ecografía el útero está en anteversión, endometrio de 5 mm, calcificaciones con Doppler negativo (Normal). Ovarios normales. Se prescribe tratamiento anticonceptivo y crema hidratante vaginal. No es necesario realizar nueva histeroscopia, que se desestima, salvo que en el futuro tenga problemas de esterilidad, si decidiera un próximo embarazo. Se da alta de Consultas de Ginecología».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), 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).

4. Pues bien, reclama la interesada por considerar que «los sucesos han sido ocasionados porque los profesionales que atendieron el parto no comprobaron que no se quedara ningún resto de placenta tal y como queda de manera manifiesta, algo que es de capital importancia, puesto que al no examinar atentamente que no quedarán restos, se ha expuesto a futuras hemorragias e infecciones e intervenciones quirúrgicas totalmente innecesarias. Que todo esto ha supuesto continuas visitas a consultas médicas tanto en la sanidad pública como en la sanidad privada, y se ha tenido que intervenir quirúrgicamente, intervención la cual, se podía haber evitado con todas las consecuencias que conlleva todo tipo de operación».

Consta en el expediente informe del SIP anteriormente transcrito parcialmente, del que, una vez analizada la historia clínica de la reclamante, y en virtud de los informes evacuados durante el presente procedimiento, cabe realizar las siguientes consideraciones:

1) Por un lado, en relación con que los profesionales que atendieron el parto no comprobaron que no se quedara ningún resto de placenta, tal y como señala el informe del SIP, y así lo recoge la Propuesta de Resolución, consta, como se vio en los antecedentes de la historia clínica de la paciente, que:

- En el caso que nos ocupa, tras un parto completamente normal el 12/10/17, tal y como queda reflejado en la hoja de parto que el protocolo seguido fue el reglamentario, ocurrió el alumbramiento (expulsión de placenta y membranas adjuntas) de forma espontánea. Asimismo, de forma protocolaria, tras su expulsión, la placenta fue revisada, dejando constancia de la integridad de la placenta y de sus membranas, si bien la placenta tenía dos lóbulos, la misma se apreció completa, es decir, la placenta expulsada de forma natural, fue revisada, apreciándose íntegras tanto la placenta como sus membranas, sin apreciarse presencia de lóbulos pequeños

o conexiones vasculares que sugirieran la presencia de lóbulos satélites (tejido placentario aberrante).

Por tanto, ya desde este momento cabe concluir que la actuación durante el parto y alumbramiento, que transcurrió sin incidencias, se realizó de forma adecuada y según las normas establecidas.

- Ahora bien, tal y como explica el SIP, dado el informe emitido por la Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUNSC:

«1.- Los restos gestacionales retenidos hacen referencia a la persistencia tras un aborto o un parto, de tejidos constituidos por vellosidades coriales y decidua acompañante (restos de tejidos placentarios que incluso pueden ser aberrantes, es decir, no forman parte del cuerpo placentario principal, sino son satélites). Ello es un riesgo que puede ocurrir después de un parto normal, pudiendo ser detectados varias semanas después, siendo su síntoma principal el sangrado o hemorragia postparto, aunque también con menor frecuencia puede asociar fiebre y dolor abdominal.

2.- Según el propio informe de Ginecología (Dr (...)) y bibliografía consultada, la incidencia de hemorragia postparto secundaria a restos retenidos después de un parto normal, en países desarrollados, es de un 0.23 a 1%, si bien, en general, se considera que la incidencia es mucho mayor, pero pasa desapercibida, ya que los restos pequeños se expulsan con los primeros sangrados durante el puerperio, por lo que no llegan a ser diagnosticados.

3.- El diagnóstico se basa en la sospecha clínica que se confirma con la realización de una ecografía transvaginal como prueba de primera línea en el diagnóstico. La ecografía suele mostrar áreas focales de ocupación endometrial sin actividad vascular, con eco-doppler.

4.- El tratamiento de elección, si los restos no son expulsados espontáneamente, es la Histeroscopia con la evacuación de los productos retenidos bajo visión directa de la cavidad uterina, lo que lleva aparejado un mínimo sangrado, así como una buena recuperación por parte de la paciente».

- Sentadas las precedentes consideraciones, nos encontramos con que, en el presente caso, tanto el postparto inmediato y el puerperio transcurren dentro de límites normales. En evolutivos diarios previos al alta, se describe que se ha mantenido bien, afebril, exploración abdominal y tacto vaginal con loquios* escasos, no malolientes (pérdidas hemáticas genitales postparto, menor que regla o normales), útero bien contraído; episiorrafia con buen aspecto (limpia y sin edema); lactancia materna efectiva, con mamas blandas, sin signos de mastitis. No existe ni un signo o señal de alarma para sospechar la presencia de restos gestacionales. Las pérdidas hemáticas genitales tras el parto son escasas, o menores que una regla, sin

mal olor, es decir, normales. La exploración vaginal y abdominal describe un útero bien contraído, es decir, lo esperable tras el parto. No hay fiebre, ni dolor abdominal. Dos días después del parto, tras hacer el seguimiento y exploraciones reglamentarias, y no existiendo clínica de sangrado ni de infección, y por tanto, no siendo necesario ninguna otra comprobación, la paciente causa alta, con las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados y controles a seguir. También se le aconseja seguir con lactancia materna y, de presentar sangrado genital en cantidad mayor que regla, fiebre, dolor abdominal, genital o mamario intenso, así como otra sintomatología, acudir a Urgencias de Maternidad.

Tras el alta, las recomendaciones dadas a la paciente indican los síntomas y signos de alarma para que la puérpera estuviera prevenida sobre cuándo consultar, si se daba el caso. La clínica sobre la cual estaba prevenida incluía síntomas que se pueden presentar en el caso de restos gestacionales retenidos tras el parto, por ser esta una posible complicación que conlleva el proceso del parto, si bien su incidencia es baja, y habitualmente no reviste gravedad, dado que los restos habitualmente pequeños, son eliminados con el sangrado normal del puerperio.

No obstante, la paciente continuó asintomática, siendo en la primera consulta de revisión ginecológica tras el parto (19/12/17), realizada voluntariamente de forma privada, que se detecta en ecografía de control realizada, la presencia de imagen compatible con restos gestacionales en cavidad uterina. En su caso, la Ginecóloga le indica seguimiento. Precisamente la primera revisión ginecológica se realiza para detectar cualquier anomalía tras el parto, aunque ésta no revista gravedad.

De hecho, tras esta consulta, y dada la presencia en ecografía de imagen compatible con restos gestacionales, su Médico de Familia realiza interconsulta a Ginecología del HUNSC y, además, la paciente consulta a través del Servicio de Urgencias de Ginecología el 31/01/18, pero incluso entonces sigue estando también asintomática, por lo que, dado que la paciente está asintomática y que los restos son escasos se consensua actitud expectante y se tramita seguimiento en consulta en 2-3 meses, que se tramita -lo mismo que se indicó en la sanidad privada-. Se explican signos de alarma por las que tendría que acudir a Urgencias de Ginecología.

Tal y como se observa, tras las consultas efectuadas y tratamientos y pruebas realizadas (v. antecedentes), la paciente se mantuvo asintomática, por lo que difícilmente se podía sospechar la presencia de patología relacionada con el parto,

por lo que las Actuaciones acordes a la clínica, informadas y consensuadas con la paciente.

Finalmente, se decidió tratamiento que eliminó mediante procedimiento mínimamente invasivo (histeroscopia), los restos del parto. No se presentaron complicaciones relacionadas con dicha intervención y el estudio de Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico de restos deciduo-coriales (restos gestacionales), descartándose un proceso neoplásico causantes de los restos.

Posteriormente se realizó seguimiento en Consultas de Ginecología sin que fuera necesario otros tratamientos, ni médicos ni quirúrgicos a razón de la intervención realizada. La paciente fue alta el 24/06/19, teniendo menstruaciones regulares, y sin ninguna clínica relacionada con el proceso.

Hemos de agregar también en este momento, y en relación con la alegada ausencia de menstruaciones normales, que, en el curso del procedimiento instado por el Diputado del Común a instancia de la reclamante, se recabó informe del Dr. (...), Jefe de Sección de Obstetricia del HUNSC, emitido el 29 de enero de 2019, que éste, además de constatar el resto de las argumentaciones mantenidas en el informe del SIP y de la Jefa de Servicio relativas a la constatación de la extracción íntegra de la placenta tras el parto, respecto de la ausencia de menstruación en los primeros momentos (pues en la historia clínica consta que posteriormente a la reclamación sí la tuvo de nuevo, llegando incluso a volver a quedar embarazada) aclara:

«El no recuperar la menstruación probablemente tenga mucho que ver con el mantenimiento de la lactancia dado el problema de alergia a la leche de su recién nacido. La analítica hormonal es normal y habría que esperar a que la lactancia permita volver a los ciclos normales y valorar evolución, como ya se le explicó en la consulta de patología endometrial de este hospital».

2) Por otro lado, debe refutarse la afirmación vertida en las alegaciones, y no rebatida por la Propuesta de Resolución, lo que deberá corregirse, relativa a que *«en la revisión de la Ginecóloga privada es cuando se detecta estos restos placentarios, ya que de no ser de este modo el desenlace de esta patología podría haber sido diferente, más grave, al obviar el riesgo por considerar el personal sanitario que según su criterio todo estaba íntegro».*

Y es que la paciente acudió por voluntad propia a la sanidad privada, no por dejación ni inadecuada asistencia en la sanidad pública, donde, como se ha señalado en el apartado anterior, el seguimiento era exhaustivo, constanding además, numerosas indicaciones en la historia clínica en las que se le advertía de la necesidad

de acudir a estos servicios para su seguimiento. Por ello la aseveración que se realiza como sustento de la reclamación de que de no haber acudido a la sanidad privada el desenlace podría haber sido distinto resulta arbitraria y carente de sustento toda vez que, además, consta documentado que en todas sus asistencias a la sanidad pública se han desplegado los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para la determinación del diagnóstico y completa curación de la paciente, siendo, de hecho, coincidente la indicación dada en la sanidad privada con la dada en la pública a la vista de la ecografía: seguimiento y actitud expectativa a la espera de la expulsión espontánea de los restos hallados. Fue, finalmente, dada la ausencia de tal expulsión, la indicación y realización de tratamiento que eliminó mediante procedimiento mínimamente invasivo (histeroscopia), los restos del parto.

3) Por último, en cuanto a los daños afectivos y psicológicos y el consistente en la posibilidad de no poder tener más hijos, lo que se pone de manifiesto por la reclamante en su escrito de subsanación ante la dificultad de valorar el daño, al señalar:

«(...) hasta el día de la fecha y tras querer quedar nuevamente embarazada no se ha podido, porque quizás haya una causa-efecto de estos restos con la infructuosa gestación, repuntando que ya hace 2 años que se arrastra este problema y el índice de éxito por la edad de quedar embarazada al estar sujeta a una demora de facto, se disminuye de manera cuantiosa, por lo que me atrevo a realizar una interpelación; ¿qué precio tiene no poder cumplir un sueño de tener otro hijo?, ¿qué precio tiene no poder ampliar la familia?».

Ha de decirse que debe descartarse la existencia de tales daños alegados en tanto que consta en la historia clínica de reclamante referencia alguna a los mismos.

Así, por un lado, según la historia clínica consultó a Unidad de Salud Mental el 28/10/19, remitida desde Atención Primaria por insomnio persistente en el contexto de sueño interrumpido cada tres horas por lactancia materna (tiene que dar el pecho a su hija cada tres horas por la noche debido a reacciones alérgicas del lactante con los alimentos). No hay constancia de que la paciente tenga alteraciones afectivas u otras alteraciones psicopatológicas en relación con el proceso por el que tuvo tratamiento y seguimiento por Ginecología.

Y, por otro lado, en relación con la imposibilidad de tener más hijos, consta que la paciente no solo no ha tenido problemas para nuevos embarazos, dado que consta en historia clínica de Atención Primaria, diagnóstico de embarazo normal en fecha 17/04/20, sino que además consta que el mismo fue interrumpido voluntariamente el

21/04/20, según queda recogido en consulta a su Médico de Familia el 21/05/20. Por lo que no se puede afirmar que hayan quedado secuelas en tal aspecto.

5. Por lo demás, la interesada no ha aportado al expediente prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

En relación con la carga probatoria y como hemos reiterado en múltiples ocasiones (entre otros, en el reciente Dictamen 49/2021, de 10 de febrero, en el que nos remitíamos al Dictamen 87/2019, de 13 de marzo) *«que según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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)».

En el presente caso no se ha desplegado actividad probatoria por la interesada que nos lleve a la convicción de que ha concurrido defectuoso funcionamiento del servicio público, y, por el contrario consta, como se ha reseñado anteriormente, que el actuar de la Administración sanitaria fue el adecuado.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por la interesada, por lo que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, si bien, debe incorporarse respuesta a las alegaciones relativas a la necesidad de acudir a sanidad privada.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.