



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de marzo 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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 68/2021 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 cuantía reclamada conjuntamente por ambos interesados (350.000 euros), superior a 6.000 euros, determina la preceptividad de la solicitud de dictamen, según lo dispuesto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, habiendo sido remitida por la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias.

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

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

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 su entrada en vigor; y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

También son aplicables 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

En cuanto a los antecedentes de hecho, procede transcribir lo manifestado al efecto en el Dictamen anteriormente emitido por este Consejo Consultivo en relación con este asunto (DCCC 137/2020, de 21 de mayo):

«1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, los interesados en su reclamación manifiestan lo siguiente:

- Que la interesada de 40 años, primigesta (primer embarazo), con índice de masa corporal al inicio de la gestación de 35 (obesa), había tenido un curso normal de su gestación, la cual tuvo lugar entre el 2016 y 2017, sin embargo, los problemas comenzaron cuando había llegado a la semana de gestación núm. 40, teniendo especial relevancia y gravedad los problemas acaecidos los días 17, 18 y 19 de mayo de 2017, por las razones que se expondrán a continuación.

- El día 8 de mayo de 2017, cuando se cumplía la semana 40 de gestación, los interesados acudieron al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) porque, según alegan, la interesada presentaba problemas y allí, tras realizársele monitorización y otras pruebas diagnósticas se le manifestó que se observaba disminución de los movimientos fetales, dándosele el alta con la recomendación de que si presentaba pérdida de sangre similar a la regla, dinámica uterina irregular, expulsión de líquido y disminución de movimientos fetales debía volver de inmediato a dicho Servicio.

- El día 15 de mayo de 2017 la interesada acudió a su cita programada con el especialista, quien después de realizarle diversas pruebas le dio el alta con la misma recomendación que anteriormente se le dio en Urgencias.

- El día 17 de mayo de 2017, cuando ya contaba con 41 semanas de gestación y 2 días, sintió un notable descenso de los movimientos fetales por lo que volvió al Servicio de Urgencias del CHUIMI, donde después de llevarse a cabo una nueva monitorización y diversas

pruebas diagnósticas, se le diagnosticó pródromos de parto y se le dio el alta con las recomendaciones ya referidas.

En la madrugada del 18 de mayo de 2017 volvió al Servicio de Urgencias del CHUIMI porque «las extrañas sensaciones se acentuaron y toda vez que era notable la disminución de movimientos fetales», después de media hora y sin haberle realizado ninguna prueba diagnóstica se le dio el alta con el mismo diagnóstico y recomendaciones que el día anterior.

- El día 19 de mayo de 2017, con 41 semanas y 4 días de gestación, alrededor de las 08:45 horas acudió al Servicio de Urgencias del CHUIMI, por disminución de movimientos fetales y dinámica uterina y remitida a los especialistas se le lleva a cabo, en el paritorio, aminiorrexis artificial, fluyendo líquido meconial, cuando la interesada tenía cervix dilatado de 2 cm, lo que ocasionó bradicardia al feto.

A las 09:15 horas, por cesárea realizada de urgencias nace muerto el hijo de los interesados.

El día 31 de agosto de 2017, la Dra. (...), de la Consulta de Asesoramiento Reproductivo, emitió un informe en el que hizo constar, como juicio diagnóstico, “Muerte intraparto probablemente secundaria a hipoxia de origen placentario y aspiración meconial”.

2. Los interesados consideran que el fallecimiento de su hijo se debe a una deficiente actuación de los servicios sanitarios dependientes del SCS que concretan de la siguiente manera:

- Ninguno de los médicos actuantes le concedió la posibilidad, a una paciente con sus características, de poner fin a su gestación a través de la práctica de una cesárea con anterioridad a la semana 41 de gestación, incumpliendo con ello su deber de informarle convenientemente y así permitirle elegir la actuación médica que la interesada considerara más conveniente a su estado y evolución.

- No se le efectuó un seguimiento y control adecuado de su gestación, especialmente en los días referidos (17 y 18 de mayo).

- La aminiorrexis artificial efectuada el día 19 de mayo de 2017, con una dilatación de cervix sólo de 2 cm y no de 4 cm, que es cuando está indicada causó la bradicardia y el posteriormente fallecimiento de su hijo.

- Por último, porque en el CHUIMI se manejaba un procedimiento/protocolo médico para la gestación prolongada arcaico y obsoleto, que siguieron los médicos actuantes causando con ello el desenlace final.

Por ello, reclama una indemnización total de 350.000 euros, 225.000 para la interesada y los restantes 125.000 para el padre del fallecido.

3. Para una adecuada exposición de los hechos, es preciso hacer referencia en este caso a lo manifestado acerca de ellos en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS (SIP):

“2.- En fecha 08/05/2017, con 40 semanas de gestación, de evolución fisiológica, es derivada desde el Centro de Salud (CS) por disminución de movimientos fetales, para la realización de un Test basal de frecuencia cardíaca fetal (TNE)*. A la exploración sus constantes vitales son normales. El estudio de TNE resulta reactivo (normal), y no se objetiva dinámica uterina (no presencia de contracciones). Se da el alta con la recomendación de volver si dinámica uterina regular, sangrado como regla, expulsión de líquido o disminución de movimientos fetales. También se indica seguimiento por su Médico de AP y en caso de empeoramiento acudir al Servicio de Urgencias.

3.- *TNE es la monitorización que tiene el objetivo de valorar las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos del feto. Es una prueba de control del bienestar fetal con una alta especificidad. Si la TNE es reactiva indica bienestar fetal.

4.- Una semana después del estudio TNE realizado en Urgencias, es vista en fecha 15/05/17, a las 41 semanas de gestación, en Consulta programada en el Centro de Atención Especializada (CAE). Se describe que la paciente refiere dinámica aislada, no expulsión de líquido amniótico (LA) ni sangrado vaginal. Presencia de movimientos fetales. Las constantes vitales son normales. El crecimiento fetal, la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y la valoración cuantitativa de LA son normales (columna máxima de 5.16 cm), así como la inserción placentaria, según examen ecográfico. El exudado vagino-rectal (09/05/17), es normal. Se informa de cuando acudir a Urgencias, y se cita en la 41,6 semanas para realizar ingreso y finalizar gestación en la semana 42.

5.- A las 06:42 horas del día 17/05/17, con 41,2 semanas de gestación, acude a Urgencias del CHUIMI, refiriendo sangrado genital escaso, menor que regla, esa mañana. Movimientos fetales presentes. No expulsión de LA. No fiebre ni ninguna otra sintomatología. Placenta de inserción normal, según cartilla maternal. A la exploración las constantes vitales son normales al igual que la FCF. Está consciente y orientada, presenta buen estado general, eupneica, normocoloreada, normohidratada. La altura uterina corresponde. No presencia de signos de hipertonia uterina. A la exploración gineco-obstétrica presenta vagina normal con restos hemáticos menor que regla; cérvix inmaduro (Bishop* 2): permeable a punta de dedo, posición y consistencia media, borrado 30%.

Se realiza TNE que es reactivo. Dinámica uterina aislada. Previo al alta se reexplora a la paciente que muestra cérvix sin cambios con respecto a la exploración inicial y sangrado genital escaso que impresiona de cérvix, por lo que se da el alta con el diagnóstico de Pródromos de parto (son las manifestaciones que preceden al parto y que son variables en cada mujer, pudiendo durar varias horas o semanas). Al alta, también se dan las recomendaciones de control por Tocólogo y Matrona de zona, seguimiento por Médico de

Atención Primaria (AP). Acudir al Servicio de Urgencias si dinámica regular, disminución de movimientos fetales, expulsión de LA o sangrado genital abundante.

6.- *El Test de bishop valora de forma sistemática las condiciones cervicales para el parto. Cuando la puntuación del test de Bishop es de 7 o más se considera que las condiciones cervicales son favorables para iniciar la inducción directa del parto.

7.- Un día después, a las 06:37h del día 18/05/17, con 41.3 semanas, acude de nuevo a Urgencias del CHUIMI, por dinámica uterina irregular (la misma dinámica conocida como pródromos que ha presentado en días previos). No se describe sangrado vaginal ni expulsión de LA y los movimientos fetales (MF) están presentes descritos como MF percibe.

8.- La exploración general es normal, no hay signos de ginecológica muestra vagina normal, con restos hemáticos compatibles con expulsión de tapón mucoso sin que fluya LA espontáneamente ni tras valsalva (esfuerzo). A la exploración obstétrica se objetiva un cérvix desfavorable (Bishop 3): cérvix dilatado 1 cm, posición y consistencia media, borrado 30-40%; presentación cefálica, plano de presentación SES (libre), según maniobras de Leopold. Se explora la FCF mediante auscultación clásica durante 3 minutos, un minuto completo inmediatamente tras contracción siendo de 138 latidos por minuto (lpm), sin detectar desaceleraciones, es decir la FCF es normal, lo que es indicativo de bienestar fetal.

(...) 10.- A las 08:22h del día 19/05/17, con 41,4 semanas de gestación, se recoge en historia clínica que, acude a Urgencias del CHUIMI refiriendo dinámica uterina irregular (3 contracciones c/10-15 min.) y disminución de movimientos fetales desde esa noche. sangrado vaginal ni expulsión de LA. Es valorada en Triage donde se objetiva una bradicardia fetal, no hipertensión, no sangrado ni expulsión de líquido amniótico, por lo que se pasa urgente a Sala de Expectantes, objetivándose bradicardia fetal a 95 lpm (08:31h), se realizan cambios posturales recuperándose la FCF, siendo la FCF basal de 115 lpm (08:40h según el trazado). Se explora a la paciente que presenta bolsa íntegra, sin objetivarse sangrado ni hipertensión. Test de Bishop 8: cérvix dilatado 2 cm, borrado 100%, consistencia blanda, posición centrada, plano de presentación SES, presentación cefálica.

11.-A las 08:44h la paciente ya ha sido trasladada a paritorio para finalización de la gestación mediante inducción del parto. Se le realiza amniorrexia artificial (08:44h), fluyendo líquido meconial ++; se monitoriza internamente la FCF y la dinámica uterina. No se objetiva sangrado ni se taca cordón umbilical. Se objetiva un Registro Cardiotocográfico (RCTG) tranquilizador, con FCF a 125 lpm, buena variabilidad, no desacelerativo, es decir normal. Se indica antibioterapia (ampicilina + azitromicina). Tras 18 minutos de RCTG tranquilizador se produce un nuevo descenso de la FCF a 50 lpm (bradicardia durante 3 minutos según informe del Jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia y trazado), indicándose cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) a las 09:04h.

12.- Se realiza histerotomía segmentaria transversal baja, siendo las 09:15 horas cuando se extrae recién nacido de 3330 gr, bañado en meconio ++ con Test de Apgar 0/10 (sin latido cardíaco, sin respiración, sin tono muscular) al primer minuto y a los 5 minutos de extraído; el pH arterial de cordón resultó ser de 6.65; el venoso de 6.74, con un exceso de base de -18, siendo atendido por el Servicio de Neonatología.

13.- Al recién nacido se le practicó reanimación avanzada, se le realizó aspiración traqueal obteniéndose sangre en cantidad abundante. Tras aspiración, inmediatamente se coloca tubo endotraqueal, se inicia ventilación con FiO2 100 y masaje cardíaco. Se administra adrenalina por tubo endotraqueal inicialmente y luego por vena umbilical hasta un total de 6 dosis, tres dosis intravenosas de bicarbonato y suero fisiológico para expansión a alto ritmo. Se prolonga la reanimación durante 17 minutos no pudiendo ser reanimado, siendo exitus a las 9:15 horas».

III

1. El procedimiento comenzó el día 17 de mayo de 2018, a través de la presentación de la reclamación efectuada por los interesados, acompañada de diversa documentación.

2. El día 18 de junio de 2018, se dictó la Resolución núm. 1.755/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

3. El día 4 de marzo de 2020 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, que fue objeto del referido Dictamen de este Consejo Consultivo 137/2020, de 21 de mayo, por el que se solicitó a la Administración la retroacción de las actuaciones con la finalidad de emitir un informe complementario del Servicio, lo cual se hizo el día 4 de noviembre.

Tras ello, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, presentando escrito de alegaciones. Posteriormente, se emitió un informe complementario del SIP, que no aporta nada nuevo a la cuestión de fondo, motivo por el que en este caso la omisión del trámite de vista y audiencia no causa indefensión alguna a los interesados.

Por último, el día 28 de enero de 2021 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

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), incluida la legitimación activa y pasiva.

5. Por último, se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, presentada ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 5, de Las Palmas de Gran Canaria, lo que ni obsta, ni condiciona el cumplimiento de la obligación legal de resolver el procedimiento (art. 21.1 LPACAP), salvo en los casos en que hubiera recaído Sentencia.

IV

1. La Propuesta de Resolución, nuevamente, desestima la reclamación efectuada, por considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, pues se vuelve a reiterar que los servicios sanitarios dependientes del SCS siempre actuaron conforme a la *lex artis* y que en ningún momento ha habido *mala praxis* por su parte.

2. En el presente asunto, los interesados consideran que ha habido mala praxis por parte de los servicios sanitarios dependientes del SCS por cuatro motivos concretos, sobre tres de los cuales se pronunció este Consejo Consultivo de forma expresa en su Dictamen al que antes nos referimos, anteriormente emitido acerca de este asunto (Dictamen nº 137/2020), haciéndolo en los siguientes términos:

«Antes de descender al tratamiento de las diversas cuestiones de fondo planteadas por los reclamantes en este caso, se hace preciso situar, como punto de partida, las consideraciones que el SIP igualmente deja consignadas en otro lugar de su informe, con base a su vez en el informe del Servicio directamente concernido. Así, pues, de entrada y como premisa, cumple señalar:

“1.- La paciente tenía un embarazo en curso normal; en consulta de seguimiento en CAE realizada a las 41 semanas de gestación, se informó acerca de cuando acudir a Urgencias y se cita en la 41,6 semanas para realizar ingreso y finalizar gestación a las 42 semanas.

2.- Una gestación se considera a término cuando finaliza entre la 38 y 42 semanas, y es definida como prolongada cuando se extiende más allá de las 42 semanas.

Así vemos que la paciente en ninguna de sus visitas a Urgencias ni a sus consultas programadas presentaba ninguna de estas condiciones, así como no presentaba ninguna afección (incluida la obesidad mórbida), consideradas dentro de los factores de riesgo alto o muy alto en el propio Protocolo del Clínic de Barcelona, cuya referencia es realizada por la propia paciente. Tampoco, según la literatura actual de mayor impacto y la propia revisión bibliográfica realizada por el Jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI, la

edad y la obesidad materna son criterios per se para que la gestación no alcance las 42 semanas ni para que fuera necesaria una actuación diferente por dichas características”.

3. En cuanto a las cuestiones planteadas por los interesados expuestas en el Fundamento II.2 de este Dictamen, tres de ellas se considera que están resueltas por los informes médicos obrantes en el expediente por las siguientes razones.

A) En primer lugar, en lo que se refiere a que no se le diera a la interesada la posibilidad de poner fin a su embarazo, tras la semana 40, y que no se le informara convenientemente para dar su consentimiento al tratamiento seguido, consta que, desde un punto vista médico, solo la gestación superior a 42 semanas se puede considerar prolongada, todo lo anterior entra dentro de la normalidad, como ocurre en este caso y, además, se ha acreditado que estaba citada para poner fin a su embarazo para la semana 41,6.

Al respecto se señala en el informe del SIP que «El Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI, según su propio Protocolo de actuación recomienda la finalización electiva en la semana 42 de gestación, basándose en la evidencia científica existente y el análisis de su población y datos propios. La paciente había sido informada en consulta de fecha 15/05/17, luego de comprobar que su embarazo iba bien, de su cita a las 41,6 semanas para realizar ingreso y finalizar gestación a las 42 semanas, salvo que, ocurriera antes, espontáneamente; no existiendo motivos según el estado actual de los conocimientos y la técnica y el propio protocolo del CHUIMI para finalizar un embarazo en curso normal antes de la semana 42».

El consentimiento informado implica que el paciente debe recibir cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al mismo para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos, tal y como ha mantenido este Consejo Consultivo de manera reiterada y constante (por todos, DCCC 139/2019).

Sin embargo, en este caso, no había varias opciones médicas, ya que al no presentar problemas sólo era posible finalizar el embarazo al menos dentro de la semana 42, no existiendo, al parecer, justificación médica alguna para adelantar el parto antes de la fecha más idónea de acuerdo con la ciencia médica.

En el informe del Servicio, se afirma sobre todo ello que “Al revisar la bibliografía de mayo impacto, se analiza el manejo activo (finalizar la gestación entre las 41-42 semanas) frente al manejo expectante (permitir la prolongación de la gestación hasta el inicio espontáneo del trabajo de parto sin límite de edad gestacional). No se analiza, en ningún caso, la finalización electiva de la gestación en la semana 41,0 frente a la semana 42,0. El Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMIC no recomienda el manejo expectante sino la finalización electiva en la 42,0 semanas, si bien, cuando la paciente lo desea, se informa de los posibles riesgos y se permite la prolongación de la gestación con control estricto materno fetal”.

Se ha demostrado, pues, que se le informó debidamente.

B) En segundo lugar, en cuanto a la cuestión relativa a la actuación médica llevada a cabo durante los días 17 y 18 de mayo de 2017, se señala en el informe del SIP que:

“6.- Luego de las exploraciones realizadas a la paciente los días 08/05/17 en la que se realizó TNE reactivo, y el día 15/05/17, en consulta, donde se realizó Ecografía, es decir, estaba efectivamente demostrado el estado de bienestar fetal; en ninguna de las visitas consecutivas realizadas los días 17 y 18/05/2017 al Servicio de Urgencia del CHUIMI, se describe por parte de la paciente que el motivo de la consulta fuera la disminución de los movimientos fetales, todo lo contrario en ambos momentos se describe que los movimientos fetales están presentes. En la asistencia prestada en fecha 17/05/2017 se le realizó examen obstétrico presentando un Test de Bishop de 2 y un TNE reactivo, lo que confirma con una alta especificidad el estado de bienestar fetal. Dicha asistencia concluye con el diagnóstico de Pródromos de Parto dándose las recomendaciones oportunas. Al día siguiente, seguramente debido a la propia inseguridad de una embarazada primeriza acude por dinámica irregular (la misma dinámica conocida como pródromos que había presentado en días previos). No se describe sangrado vaginal ni expulsión de LA y los movimientos fetales están presentes. En esa asistencia se le realiza una exploración obstétrica presentando un Test de Bishop de 3 (sin cambios respecto al día anterior), y dado que no hay cambios respecto del día previo y la evolución de la gestación es fisiológica se realiza un control fetal con auscultación clásica adecuadamente realizada comprobando su normalidad. También, al alta, se dan las recomendaciones oportunas.

7.- En todas las ocasiones, incluidas estas dos asistencias consecutivas, se realizaron las exploraciones y pruebas adecuadas y requeridas según la clínica mostrada, siempre demostrándose el estado de bienestar fetal. En ningún caso estuvo indicada la realización de control de la acidez y realización de pH fetal, ya que las mismas requieren de una muestra de sangre de calota fetal, prueba que sólo se realiza en pacientes que han iniciado el trabajo de parto y tienen la bolsa amniótica rota, ante la sospecha de pérdida de bienestar fetal, condiciones estas que no estaban presentes en este caso”.

Los interesados no han aportado prueba alguna que permita considerar ciertas sus alegaciones acerca de lo acontecido durante esos dos días, como tampoco han logrado refutar lo manifestado por la Administración sobre su correcta actuación médica realizada durante tales días.

C) En tercer lugar, acerca de que el procedimiento/protocolo del CHUIMI para estos casos es arcaico y obsoleto, lo que a juicio de los interesados influyó en el resultado final, se ha manifestado por el SIP que “El Protocolo de actuación del CHUIMI en el caso de gestaciones prolongadas es una guía basada en la evidencia científica y en el análisis de sus propios datos y resultados; es un protocolo actualizado periódicamente y consensuado, que

pretende evitar la variabilidad de las actuaciones por los profesionales del Servicio, y es de acuerdo al mismo la actuación llevada a cabo durante la atención dispensada a la paciente, la cual fue informada de su cita a las 41.6 semanas para realizar ingreso y realizar finalización electiva de su gestación a las 42 semanas, tal como se recoge en su guía de actuación y se realiza habitualmente” y en el informe del Servicio se afirma acerca de esta cuestión que dicho protocolo, en la época de los hechos, estaba actualizado en 2011, pero que en la última actualización, contemporánea al informe del Servicio (emitido el 28 de octubre de 2018), todo lo relativo a la duración de la gestación no había sido objeto de modificación al no haber cambiado los criterios de la Ciencia médica.

Así mismo, cabe señalar que los interesados no han aportado prueba alguna que permita considerar que tal protocolo sea obsoleto e inadecuado, ya que al efecto solo consta las consideraciones de los propios interesados al interpretar bibliografía médica especializada, careciendo ambos de toda cualificación profesional para ello, al menos, eso se desprende del expediente, en el que no consta que los mismos hayan acreditado o al menos mencionado que tengan la condición de profesionales de la medicina».

3. Este Consejo Consultivo, en relación con estas tres cuestiones a que acabamos de aludir, se reitera ahora en su misma posición, dado que los interesados no han aportado ningún elemento probatorio que permita entender que lo manifestado por el SIP y el Servicio en relación con ellas sea erróneo o incierto, es decir, los interesados no alcanzar a probar que el SCS haya actuado de forma contraria a la *lex artis*, en lo que a tales cuestiones se refiere.

Con ocasión del nuevo trámite de audiencia, los interesados continúan sustentando los mismos razonamientos en lo que respecta a estas cuestiones, si bien ampliándolos, pero en el mismo sentido y llegando a las mismas conclusiones que con anterioridad hicieron.

Ciertamente, dicho escrito está acompañado de bibliografía médica, de un artículo de divulgación científica y de una tesis doctoral de carácter médico, que no jurídico. Pero este Consejo Consultivo no puede tenerlos en cuenta a la hora de valorar correctamente los hechos y resolver las cuestiones planteadas, pues, como se ha manifestado en otras ocasiones (por todos, Dictamen 267/2012, de 8 de junio), no está formado por especialistas en ciencia médica.

Precisamente, por tal motivo, son preceptivos los informes de los Servicios médicos actuantes, pues por medio de ellos se ilustra sobre las cuestiones médicas de interés para cada caso, al igual que ocurre cuando se solicitan informes médicos complementarios a tales servicios.

Y, del mismo modo, por la expresada razón, a los interesados, si pretenden salir al paso o desvirtuar lo que los informes antes mencionados hubieran podido consignar, les incumbe igualmente aportar, más allá de las manifestaciones que realicen por sí mismos o a través de sus representantes, los informes médicos correspondientes que, fundándose en sus propios criterios técnicos y con singular referencia a las circunstancias concretas de cada caso.

Cuando menos, les corresponde ofrecer, de cualquier modo, algún indicio suficientemente consistente que pudiera hacerse valer para acreditar la incorrección de los criterios sustentados por los indicados informes aportados por la Administración.

Y en las expresadas circunstancias, los documentos que pudieran aportar están en grado de constituir elementos probatorios sobre los que a este Organismo le cabe pronunciarse -no así sobre las meras manifestaciones que los interesados pueden realizar expresando un juicio técnico-; aun cuando, por lo demás, en esos casos, eso sí, exclusivamente desde un punto de vista jurídico, acerca de su valor probatorio; porque, evidentemente, carece de cualificación para emitir opiniones médicas propias, como ya se ha dicho.

En relación así con el DVD que incluye declaraciones del Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI y al que se hace referencia en varios escritos presentados por los interesados, que a su vez recogen transcripciones parciales de tales declaraciones, su contenido es el correspondiente a unas opiniones médicas vertidas por dicho facultativo de carácter general sobre los partos que entrañan dificultades; lo que implica que también nos hallamos ante un artículo de opinión de carácter científico, si bien expuesto en formato distinto al escrito; y al que por consiguiente le es aplicable lo señalado en el párrafo anterior, motivo por el que no se considera preciso recabar su remisión a este Consejo Consultivo, pues, como antes se dijo, no está cualificado este Organismo para valorar, interpretar y aplicar conocimientos médicos; y de nada sirve entonces para resolver las cuestiones suscitadas en el presente expediente, máxime cuando ni siquiera está referido a este caso concreto.

En conclusión, las alegaciones sustentadas ahora por los interesados, en términos similares a las que ya se formularon por ellos durante el expediente anterior, no logran demostrar sus afirmaciones sobre el funcionamiento deficiente del Servicio, que se sigue considerando correcto, como ya se expuso en el Dictamen 137/2020.

4. En lo que respecta a la cuestión que quedaba pendiente de tratar relativa a la amniorexis, el informe complementario del Servicio contesta ahora adecuadamente a las observaciones formuladas por este Consejo Consultivo, al indicar:

«La amniorexis artificial se indicó tras presentar a su llegada un registro cardiotocográfico fetal no tranquilizador, llevándose a cabo por la necesidad de vigilancia directa de la frecuencia cardíaca fetal.

La monitorización directa requiere para su aplicación de la amniorexis. Este procedimiento es habitual cuando se requiere de un control estricto de la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica, no requiriendo para ello de ningún requisito salvo contraindicaciones (placenta previa) o dificultad técnica (imposibilidad de realizarla por ausencia de dilatación).

Los requisitos que se exponen en la demanda como recomendables para realizar la amniorexis se refieren a trabajos de parto de evolución fisiológica, no aplicables por tanto a este caso.

La probabilidad de que ocurra una alteración de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) relacionada con la amniorexis artificial se puede deber a la existencia de un prolapso del cordón umbilical, al estímulo vagal ocasionado por el rápido descenso de la presentación fetal en la pelvis o a la rotura de vasa previa. Se desconoce la poca frecuencia con que suceden estos acontecimientos pero la rápida actuación evita un mal resultado.

Ninguno de los supuestos ocurrió en este caso. La alteración de la FCF no fue coincidente con la amniorexis, tal como consta en el informe previo realizado por este Servicio».

Este informe demuestra que concurrían las circunstancias precisas para efectuar la amniorexis en el momento que se le realizó, la cual se llevó a cabo de forma correcta; y que no guarda aquélla relación alguna con la bradicardia fetal, la cual se produjo por causas ajenas a la actuación del Servicio.

Del mismo modo, así, pues, que en relación con las cuestiones a las que anteriormente nos referimos, tampoco los interesados han aportado elemento probatorio alguno que demuestre lo contrario a lo manifestado en dicho informe o que determine que lo manifestado por el Servicio sea incierto o erróneo.

5. En resumen, este Consejo Consultivo ha de insistir ahora en lo que tiene manifestado de manera reiterada acerca de la distribución de carga de la prueba en asuntos similares a éste, como, por ejemplo, en el reciente Dictamen 22/2021, de 28 de enero:

«Finalmente, este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, dictamen 339/2020, de 18 de septiembre), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, 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 LRJSP-, 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)».

Esta doctrina, como decimos, resulta plenamente aplicable al presente asunto por las razones ya expuestas. Por lo tanto, en el presente caso, los interesados no han probado la concurrencia de relación causal entre el funcionamiento adecuado del servicio y el daño reclamado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho, con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.