Consejo Consultivo de Canarias

# D I C T A M E N 7 4 4 / 2 0 2 4

**(Sección 2.ª)**

**San Cristóbal de La Laguna, a 19 de diciembre de 2024.**

Dictamen solicitado por la Excma. 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 713/2024 IDS)*[*].

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

### I

**1.** El presente Dictamen, solicitado mediante oficio de 8 de noviembre de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el 15 de noviembre de 2024] tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría 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.

**2.** La reclamante solicita una indemnización de 745.271,91 € más intereses [folio 953: *« (...) cantidad que se reputa provisional y sin perjuicio de la reparación de los perjuicios de reciente aparición y de los que en un futuro puedan producirse, derivados del ictus hemorrágico sufrido a raíz de la asistencia al parto en su día recibida de esa Administración»*]. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias [en adelante, LCCC], en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del

[*] **Ponente: Sr. Belda Quintana.**

Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas [en adelante, LPACAP].

**3.** En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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.

**4.** 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.

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.

**5.** Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

**5.1.** En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que la reclamante ostenta la condición de interesada al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

**5.2.** Por otro lado, corresponde al Servicio Canario de la Salud la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

**6.** Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1 LPACAP], tal y como se extrae de la Sentencia n.º 446/2022, de 28 de julio de 2022, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección primera, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias con sede en Las Palmas de Gran Canaria [Recurso de apelación n.º 130/2022 -folios 591 y ss.].

**7.** En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún 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 LPACAP].

# II

**1.** La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que le sea reconocido el derecho a ser indemnizada por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria -en adelante, CHUIMI-.

En este sentido, la reclamante fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos -folios 1 y ss.-:

*«PRIMERO. DEL ICTUS SUFRIDO POR LA DICENTE DERIVADO DE LA INADECUADA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA*

*La dicente (...) entre los días 10 y 25 de junio de 2014, contando entonces 34 años de edad, fue atendida por el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Materno Infantil al encontrarse al final de la gestación de su primer embarazo, obtenido mediante inseminación artificial.*

*El embarazo ya había transcurrido con mareos y cifras de tensión arterial bajas, causando baja laboral desde los 5 meses de gestación.*

*Así las cosas, a las 20,28 horas del día 10 de junio de 2014, acudió al Servicio de Urgencias indicado por presentar cifras elevadas de tensión arterial, fiebre, así como la existencia de protenuria, siendo remitida a su domicilio a las 22,02 horas después de comprobarse la normalización de las cifras tensionales y el estado fetal.*

*En fecha 18 de junio de 2014, a las 12,28 horas, acudió nuevamente al referido Servicio de Urgencias por sospecha de rotura prematura de bolsa, así como nuevamente tensión alta, siendo remitida a su domicilio a las 14,22 horas.*

*En fecha 24 de junio, y estando ya en la semana 40 de gestación, a las 7,51 horas acude nuevamente al servicio de urgencias por presentar dinámica uterina irregular, siendo remitida otra vez a su domicilio.*

*A las 11,45 horas de ese mismo día, tuvo que volver al citado Hospital Materno Infantil, donde ya quedó definitivamente ingresada.*

*Dieciséis horas después y como consecuencia de la falta de atención y falta de praxis médica, a las 7,50 horas de la madrugada del día 25 de junio de 2014, la dicente sufrió un ICTUS hemorrágico, lo que motivó que se practicara de urgencia una cesárea, procediéndose a la extracción del feto a las 8:33 horas.*

*El ICTUS fue perfectamente previsible y evitable.*

*Los antecedentes que presentaba la dicente hacían previsible que tuvieran lugar complicaciones que podían poner en grave riesgo tanto la vida del feto como la de la madre.*

*Si se hubieran tomado las medidas habituales propias como las de un Centro Hospitalario de referencia como del que hablamos, se podían haber evitado las gravísimas lesiones y perjuicios sufridos por la dicente. La relación de causa-efecto existente entre el ictus sufrido y el erróneo protocolo aplicado es más que evidente.*

*Y aún en el caso de que se estimase que dicho protocolo fuera el correcto, concurre del mismo modo una demora evidente en la práctica de la cesárea, motivada por una falta de personal facultativo.*

*Ello es así por cuando en la madrugada del día indicado día 25 de junio, la matrona que le asistía, ante la gravedad de la situación, a las 6:32 horas avisó al equipo de tocólogos, no desplazándose hasta el paritorio por estar ocupados en otro parto de alto riesgo.*

*Así, a dicha hora (6:32 horas del día 25 de junio de 2014) la matrona solicitó la valoración de la paciente por dicho equipo y éste le respondió que lo hiciera ella porque estaban ocupados en un parto de riesgo.*

*De haberse intervenido con la rapidez debida, ante las insistentes llamadas de la matrona, el accidente cardiovascular fatalmente acaecido a las 7:50 horas se podría haber evitado.*

*La cesárea se practica finalmente a las 8,33 horas, cuando ya se había producido el ictus y todo estaba perdido.*

*En consecuencia, no sólo se siguió un protocolo erróneo e inadecuado; también hubo una dilación inexcusable en la práctica de la cesárea por la falta de personal facultativo suficiente, que hubiera evitado con su rápida y adecuada intervención que la dicente sufriera el ictus.*

*SEGUNDO. DE LAS LESIONES Y SECUELAS DERIVADAS DEL ICTUS SUFRIDO POR LA DICENTE*

*El ictus sufrido le ha ocasionado gravísimas lesiones y secuelas.*

*Presenta hemiplejia, pérdida de sustancia ósea craneal, pérdida de movilidad, de hacer vida normal, de atender a su hija, necesitando la ayuda de terceras personas para los actos más elementales y sencillos de la vida diaria tales como levantarse, asearse, vestirse, desplazarse, etc.*

*Estuvo 96 hospitalizada, 400 días impeditivos; sufre perjuicio estético importe y se le han originado perjuicios morales tanto a ella como a sus familiares.*

*Viene requiriendo control y cuidados por los Servicios de Neurocirugía; Neurología, Rehabilitación y Medicina de Familia.*

*Así consta en el pormenorizado informe emitido en fecha 26 de mayo de 2015 por el Dr. (...), miembro del Instituto Canario de Valoración del Daños Corporal, en relación con la asistencia médica prestada a la dicente por el meritado Hospital Materno Infantil, donde se recogen las lesiones y secuelas sufridas, haciendo especial mención de que muchas de ellas no se encuentran estabilizadas. (...) .*

*TERCERO.- DE LAS DILIGENCIAS PENALES INCOADAS COMO CONSECUENCIA DE LOS HECHOS ANTERIORES.*

*Ante la gravedad de los hechos indicados se incoaron diligencias judiciales de las que conoció el Juzgado de Instrucción N.º 1 de Las Palmas de Gran Canaria, en el procedimiento de Diligencias Previas 6254/2015, que se siguió contra el Hospital Universitario Materno Infantil y el equipo de facultativos que asistió a la dicente.*

*Practicadas diversas diligencias judiciales (declaraciones, informes, periciales, etc.) dicho Juzgado dispuso por Auto de fecha 21 de marzo de 2018 el Sobreseimiento Provisional, al entender que no resultaba debidamente justificada la perpetración del delito que motivó la formación de la caus(...) .*

*Recurrida dicha resolución ante la Audiencia Provincial, ésta dispuso por Auto de fecha 15 de febrero de 2019 no haber lugar al recurso interpuesto, confirmando la dictada por el Juzgado de Instrucción. (...) .*

*No obstante no entender debidamente justificado el Juzgado la perpetración del delito que motivó la formación de la causa, el Auto pone de manifiesto la ausencia de medidas asistenciales de la que fue objeto la dicente.*

*Es más, en el Informe Médico Forense de fecha 7 de noviembre de 2017 emitido en dichas actuaciones, el equipo de forenses concluye (Ver Conclusión 6º) que (...) . PROBABLEMENTE DE HABERSE INTERVENIDO DE OTRA FORMA A LAS LLAMADAS DE LOS ANTERIORES PROFESIONALES, SE HUBIERA PODIDO EVITAR EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE DETERMINO LA CESAREA URGENTE Y LAS GRAVES SECUELAS SUFRIDAS POR LA PACIENTE (...) .*

*CUARTO.- DE LAS LESIONES POSTERIORES SUFRIDAS POR LA DICENTE COMO CONSECUENCIA DEL ICTUS SUFRIDO.*

*Lejos de estabilizarse las lesiones y secuelas derivadas del ictus sufrido por la dicente, con posterioridad se han presentado las siguientes:*

*- En de abril de 2015 volvió a ingresar para practicársele una craneoplastia, de la que fue reintervenida el 30/06/2015 y el 29/07/2016.*

*- En el mes de agosto de 2019 se le ha diagnosticado en la región lumbar y sacra LS-S1 fenómenos degenerativos e importante protusión paramediana izquierda del disco*

*intervertebral, el cual presenta extensión foraminal. A nivel L3-L4 y L4-L5 presenta también protusiones de ambos discos intervertebrales. Presenta dolor en la proyección SI. Presenta Sacreolitis por la que debe ser tratada en contexto UDO.*

*Así consta en el informe emitido por el Jefe de Neurocirugía del Hospital Insular Dr. (...), de fecha 23 de agosto de 2019, en el que termina señalando que el cuadro que presenta la dicente tiene relación con la secuela del ictus Hemorrágico sufrido (...) .*

*- Como antes se dijo, viene requiriendo control y cuidados por los Servicios de Neurocirugía; Neurología, Rehabilitación y Medicina de Familia, sin que haya recibido el alta al día de hoy ni se hayan estabilizado sus dolencias y secuelas.*

*Así lo acredita igualmente el informe del Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil que se acompaña, de fecha 15/07/2020, en el que pone de manifiesto que la dicente sigue programa de rehabilitación motora desde 2014.*

*- También refleja que ha sido diagnosticada de hemianopsia homónima bilateral por Oftalmología.*

*(...)*

*(...) el origen de las lesiones sufridas por la dicente, cuya reparación se solicita, se encuentra no sólo en la aplicación de un protocolo incorrecto en el parto, que infringe los principios básicos de la lex artis, sino también en una demora evidente en la práctica de la cesárea, motivada por una falta de personal facultativo en el centro hospitalario en el que fue atendida (...) ».*

**2.** A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, la reclamante insta el resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos con ocasión de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de Salud, señalando como cuantía indemnizatoria [durante el trámite de audiencia -folios 755 y 953-] la cantidad de 745.271,91 € más intereses [*« (...) cantidad que se reputa provisional y sin perjuicio de la reparación de los perjuicios de reciente aparición y de los que en un futuro puedan producirse, derivados del ictus hemorrágico sufrido a raíz de la asistencia al parto en su día recibida de esa Administración»*].

## III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1.- Mediante escrito con registro de entrada en la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud el día 24 de julio de 2020, (...) insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el CHUIMI.

2.- Con fecha de 2 de septiembre de 2020, se acuerda la realización de actuaciones previas en el expediente de responsabilidad patrimonial n.º 96/20. Resolución administrativa que es debidamente notificada a la interesada.

3.- Con fecha de 27 de noviembre de 2020 el Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP- emite informe en el que, a la vista del historial clínico de la reclamante, considera prescrita la acción de reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

4.- Con fecha de 14 de diciembre de 2020 se dicta Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud en cuya virtud se acuerda inadmitir a trámite la reclamación formulada por (...), al considerar prescrito su derecho a reclamar.

5.- Impugnada judicialmente la resolución administrativa de inadmisión a trámite de la reclamación extracontractual, con fecha 24 de febrero de 2022 se dicta Sentencia n.º 41/2022, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 2 de Las Palmas de Gran Canaria [Procedimiento ordinario n.º 109/2021] por la que se desestima la demanda planteada por la Sr(...).

6.- Una vez interpuesto recurso de apelación contra la resolución judicial reseñada en el apartado anterior, con fecha 28 de julio de 2022 se emite Sentencia n.º 446/2022, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección primera, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias con sede en Las Palmas [Recurso de apelación n.º 130/2022] -folios 591 y ss.] por la que estima parcialmente el recurso de apelación interpuesto por (...), anulando el acto impugnado, e *« (...) imponiendo a la Administración el deber de sustanciar el procedimiento de responsabilidad patrimonial y, considerando en vigor el derecho a reclamar de la demandante, resolverlo en cuanto al fondo, en los términos que procedan, con arreglo a Derecho»* -folio 597-.

Resolución judicial cuya firmeza consta en las actuaciones.

7.- Con fecha de 16 de septiembre de 2022 -y en ejecución de la Sentencia n.º 446/2022, de 28 de julio de 2022, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias-, se admite a trámite la reclamación formulada por la interesada.

Asimismo, y con idéntica fecha, se solicita al SIP que, a la vista de la historia clínica y una vez recabado el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, se proceda a emitir informe en relación con los hechos denunciados por la perjudicada en su reclamación, esto es, sobre el fondo del asunto planteado en las actuaciones.

8.- Con fecha de 24 de mayo de 2023 el SIP libra oficio por el que remite al Servicio de Normativa y Estudios del Servicio Canario de la Salud los informes evacuados por los Servicios de Rehabilitación y Obstetricia y Ginecología del CHUIMI. Informes al que se une el emitido con carácter aclaratorio, el día 12 de junio de 2023, por el Servicio de Rehabilitación del CHUIMI.

9.- Con fecha de 2 de octubre de 2023 se procede a la apertura del periodo probatorio y al trámite de audiencia, confiriendo a la reclamante un plazo de diez días a fin de poder formular alegaciones, aportar documentos y/o justificaciones que tuviese por conveniente.

10.- Con fecha 24 de octubre de 2023 la interesada formula escrito de alegaciones, interesando la estimación de su reclamación y concretando, provisionalmente, el importe indemnizatorio solicitado en la cantidad de 745.271,91 €.

11.- Con fecha 14 de noviembre de 2023 se emite una primera Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...), *« (...) por no concurrir los requisitos que legalmente conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración y por encontrarse prescrito su derecho a reclamar»*.

12.- Mediante oficio de 22 de noviembre de 2023 [con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

13.- Con fecha 25 de enero de 2024 se emite Dictamen 53/2024, de este Consejo Consultivo de Canarias, en el que se ordena retrotraer las actuaciones en los siguientes términos:

*«1. Con carácter previo al análisis de la cuestión de fondo, y, por ende, del examen de la concurrencia de los presupuestos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, resulta necesario efectuar una serie de consideraciones respecto a la tramitación del presente procedimiento administrativo.*

*Y es que, a la vista de la documentación remitida a este Consejo Consultivo, se constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia; lo que impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo.*

*En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe del SIP interesado por el propio órgano instructor con fecha 16 de septiembre de 2022 -folio 603-. Documento que, si bien no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar su criterio respecto al fondo del asunto analizado (art. 79 LPACAP). Precisamente por ello solicita su evacuación.*

*Esa especial significación del informe del SIP dentro de la instrucción del procedimiento administrativo (en atención a su contenido -expositivo/explicativo-, al análisis de conjunto de la actuación médica practicada -a la luz de la lex artis ad hoc- y de las conclusiones alcanzadas en él a la vista del previo examen de la historia clínica del paciente y de los informes emitidos por los servicios médicos implicados en la atención dispensada al paciente), y puesta de manifiesto en la propia solicitud de informe formulada por el órgano instructor, unida a la falta de conocimientos técnicos y/o médicos por parte de los miembros de este Consejo Consultivo de Canarias, determinan la necesidad de que tal documento sea evacuado a fin de contar con los elementos de juicio suficientes como para poder formarnos una razonable convicción respecto al fondo de la reclamación interpuesta (y poder valorar adecuadamente los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones).*

*Por lo demás, téngase en cuenta que el informe a que se contrae el acuerdo probatorio de 2 de octubre de 2023 -folios 727 y 728- es el emitido por el SIP con fecha 27 de noviembre de 2020 en relación con la extemporaneidad de la acción resarcitoria planteada, esto es, respecto a la prescripción de la acción; y no acerca del fondo de la pretensión indemnizatoria suscitada por la reclamante (que es la cuestión por analizar en este concreto momento procedimental).*

*En consecuencia, la constatación de dicha deficiencia procedimental impide considerar que el expediente se haya tramitado correctamente desde el punto de vista jurídico-formal, motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y, en última instancia, dictaminar convenientemente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.*

*2. Es por todo ello que procede retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe del SIP en los términos interesados por el órgano instructor en su solicitud de 16 de septiembre de 2022.*

*Una vez cumplimentado el trámite anterior, y otorgada vista y audiencia a la interesada, se formulará una nueva Propuesta de resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP».*

14.- Con fecha de 1 de febrero de 2024 se dicta Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se ordena *«retrotraer el expediente a fin de solicitar al Servicio de Inspección y Prestaciones que en el plazo de 15 días hábiles emita el informe solicitado»* por este Consejo Consultivo.

15.- Con fecha 3 de julio de 2024 se emite informe del SIP en relación con la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

16.- Con fecha 4 de julio de 2024 se acuerda la apertura de un nuevo trámite de audiencia, confiriendo a la reclamante un plazo de diez días hábiles a fin de poder formular alegaciones, aportar documentos y/o justificaciones que tuviese por convenientes. Este trámite consta debidamente notificado a la interesada.

17.- Con fecha 24 de junio de 2024 la interesada formula escrito de alegaciones.

18.- Con fecha de 26 de julio de 2024 -teniendo en cuenta las alegaciones formuladas por la parte reclamante en el trámite de audiencia-, se solicita al Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI que emita informe complementario. Informe que es evacuado con fecha 23 de octubre de 2024.

19.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en el Antecedente de Hecho octavo de la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

20.- Con fecha 6 de noviembre de 2024 se emite nueva Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...), «

*(...) por no concurrir los requisitos que legalmente conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración*».

# IV

**1.** La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada a la paciente.

**2.** 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, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 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).

**3.** Por otra parte, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros muchos, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio**,** en el que indicamos lo siguiente:

*««Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».*

*2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la*

*responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».*

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».*

**4.** Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya

sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

**5.** En este sentido, con carácter previo a entrar en el fondo del asunto, la Propuesta de Resolución rebate las afirmaciones de la interesada de que no están en el expediente administrativo la totalidad de los escritos y documentos aportados por ella, así como aclara que los antecedentes de la reclamante relevantes para la elaboración de los informes médicos se encuentran recogidos en los informes médicos cuyos datos se han tomado de la totalidad del historial médico de la paciente, dando adecuada respuesta, en opinión de este Consejo, a las alegaciones de la reclamante en este sentido.

**6.** En cuanto al objeto de la reclamación y a las alegaciones formuladas por la reclamante sobre la atención prestada y si la misma presentaba como factor de riesgo el haber sido sometida a una ablación de vena y, por lo tanto, debía adelantársele la cesárea, la Propuesta de Resolución, teniendo en cuenta los informes emitidos tanto por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI con fechas de 3 de septiembre de 2021 y 23 de octubre de 2024 como por el Servicio de Inspección y Prestaciones de fecha de 3 de julio de 2024, refiere lo siguiente:

- El Servicio de Obstetricia y Ginecología en los informes citados, analiza la atención prestada durante la gestación y parto, relatando lo siguiente:

*«(...), mujer de 34 años en el momento de su primera atención en el Servicio de Ginecología, con antecedentes familiares de hipertensión. Antecedentes personales de migraña con aura desde 1987 y ablación de vía aberrante cardíaca en 1999 (fecha correcta 1998). Cirugía por mamoplastia de aumento en 2014. Intolerancia al Adolonta.*

*Grupo sanguíneo A positivo. Esterilidad primaria. Un embarazo conseguido mediante técnicas de reproducción asistida (FIV-ICSI) con fecha de ultima regla el 16.9.2013.*

*La primera visita del embarazo se realiza en día 29.11.2013, con 10+4 semanas. En la misma se realiza anamnesis, exploración clínica y ecografía. Presentaba una tensión arterial (TA) de 120/60 y su peso era de 57 kg. Se pauta Yodocefol y Fisiogen.*

*Cribado de primer trimestre con un riesgo de trisomía 21 de 1/9723, con Beta HCG de 0,49 MoM y PAPPA de 0,79 MoM.*

*Se realiza ecografía morfológica de segundo trimestre con resultado normal, sin malformaciones fetales aparentes, con placenta previa marginal.*

*Segunda visita en el Centro de Atención Especializada (CAE) en la semana 27+4, con TA de 110/60 y peso 64 kg. Se revisa la analítica, que presenta anemia leve (Hb 10,6 g/dl) y resto dentro de la normalidad. Se realiza ecografía en la que se evidencia un peso fetal estimado (PFE) de 1205 g, líquido amniótico normal, placenta previa marginal.*

*La tercera visita en el CAE tiene lugar en la semana 34, con TA 110/70, peso 68,5 kg. Se repite ecografía con PFE 2424 g, liquido normal y placenta de inserción normal.*

*Cuarta visita al CAE en semana 37+1 con TA 110/70, peso 70 kg, edemas maleolares, altura uterina de 38 cm. Peso fetal estimado 3080 g, liquido normal. Analítica con mejoría de la anemia (Hb 11,2 g/dl). Exudado vagino-rectal negativo.*

*El día 10 de junio de 2014, con 38+1 semanas, acudió a urgencias por tensión arterial por ella referida de 140/80 tomada en una farmacia, sensación de embotamiento e hinchazón de tobillos. Se realiza test no estresante (TNE) con control de TA que es reactivo, sin dinámica y con tensiones normales (122/60, 106/56, 111/59, 110/60), y proteinuria de 25 mg/dl en muestra aislada (no patológica), siendo remitida a su domicilio después de comprobarse la normalidad de las cifras tensionales y el estado fetal».*

*En este punto, continúa la Propuesta de Resolución, detalla el Servicio de Inspección y Prestaciones en informe de 3 de julio de 2024 que, en esa fecha, se constata que las cifras tensionales se encontraban en límites normales y que no había sufrimiento fetal por lo que, se indica alta médica de la paciente con opción de volver si la tensión arterial era superior a los 140/90 mmHg y llevar un seguimiento de las cifras de tensión por su médico de AP.*

*Continúan el relato de los hechos los citados informes del Servicio de Obstetricia y Ginecología, en el siguiente sentido:*

*«El 18 de junio de 2014, con 39+2 semanas, acudió nuevamente a urgencias por sospecha de rotura prematura de membranas que no se confirmó, siendo dada de alta previa realización de TNE, que es reactivo sin dinámica, y ecografía que confirma cantidad normal de líquido amniótico.*

*Se le indica a la paciente volver si la tensión arterial supera los 140/90 mmHg y seguimiento de cifras de tensión.*

*El 24 de junio a las 7,51 horas, vuelve a acudir a urgencias por dinámica irregular. En ese momento se realiza exploración, comprobando que no está de parto. TA 138/84 mmHg. Se realiza TNE que es reactivo, con dinámica regular. Se le oferta posibilidad de quedar ingresada hasta iniciar el trabajo de parto, solicitando ella ser remitida a su domicilio.*

*Finalmente llega a urgencias el día 24.6.14, a las 12:30 horas, en la semana 40+1, por amniorrexis espontanea, tras la cual se produce salida de abundante líquido claro. En ese momento refería también dinámica uterina sin sangrado vaginal y movimientos fetales*

*normales. A la exploración presentaba TA de 138/84, peso 70 kg, temperatura de 36,1 Cº. Edemas maleolares. Feto en presentación cefálica, con cérvix cerrado y Bishop 0.*

*Queda ingresada por la rotura prematura de membranas, realizándose inicialmente un registro cardiotocográfico, que es informado como reactivo, con buena variabilidad y dinámica. Tensión arterial normal. A las 13:20 es explorada de nuevo, comprobando inicio de las modificaciones cervicales (cérvix dilatado 1 cm, borrado y centrado, con presentación en I plano, fluyendo líquido amniótico claro). La paciente presenta intolerancia a la fase de latencia, por lo que a las 13:38 horas se decide dejar en el área de urgencias hasta su ingreso en paritorio, sin llegar a subir a la planta de hospitalización.*

*A las 16:08 horas pasa a paritorio, siendo recibida por su matrona de referencia. A las 16:30 se inicia colocación de la analgesia epidural, requiriendo varios bolos durante su estancia en paritorio por dolor y sensación de presión en genitales. Según las notas de enfermería se avisa a Anestesia en varias ocasiones, acudiendo a reforzar la analgesia.*

*A la 1:15 horas del 25/6/21 se objetiva una diuresis de 10 cc, por lo que se decide realizar sondaje vesical e iniciar control de diuresis horaria.*

*A las 3:25 horas se solicita analítica de control, que presenta Hb 11,9 g/dl, Hematocrito 36.4%, 18.100 leucocitos y 205.000 plaquetas, con coagulación normal.*

*A las 5:25 horas del 25/6/21 el anestesista de guardia comenta que se está llegando a niveles máximos de medicación, y en ese momento la pareja pide hablar con el tocólogo de guardia, que se persona en la sala de dilatación a las 5:39 horas. La paciente solicita que se le realice una cesárea, no existiendo indicación en ese momento por tener dinámica regular y registro normal de la frecuencia cardíaca fetal. Tensiones arteriales en torno a 135/85.*

*A las 6:32 horas se vuelve a avisar al tocólogo de guardia porque la paciente empuja con cada contracción sin poder evitarlo. Se le indica a la matrona que explore a la paciente, estando en ese momento con una dilatación de 6 cm, con cuello borrado un 80%.*

*A las 7:38 horas la paciente refiere no poder más y que le empieza a doler la cabeza. La dilatación no ha progresado y la dinámica es regular, con registro normal de la frecuencia cardíaca fetal.*

*A las 7:50 horas avisan de nuevo al tocólogo por malestar y parálisis facial derecha, acudiendo de inmediato dos adjuntos. En ese momento la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, con tendencia a la somnolencia, con dificultad para la articulación del lenguaje, desviación de la comisura labial y disminución de fuerza en extremidades izquierdas, con movimientos espásticos en miembro superior izquierdo, la TA es de 169/92. Se canaliza una nueva vía venosa, se inicia perfusión de sulfato de magnesio en bolo y bomba posterior a 200 ml/h y se avisa a Anestesia.*

*A las 8:08 horas se indica cesárea por parto estacionado, pasando a quirófano. Se activa el código ictus.*

*Según notas de Anestesia, llega a quirófano para cesárea donde se registra una primera TA entre 190-195/ 110-115mmHg. Se procede a realización de anestesia general y se inicia procedimiento. Se realiza intubación orotraqueal de secuencia rápida. Se decide continuar con perfusión continua de Sulfato de Magnesio y administrar 20 mg de Labetalol en bolos de 5mg. Se consigue inicialmente disminuir TA en torno un 20% durante procedimiento quirúrgico, con TA entre 130-145/85-90 mmHg. No incidencias intraoperatorias.*

*A las 8:33 horas nace una mujer de 3780 gramos, Apgar 6-9 con pH arterial de 7,24 y pH venoso 7,25.*

*A las 9:51 se realiza TAC de cráneo con diagnóstico de "hemorragia hemisférica derecha lenticulo- fronto-parietal de origen no filiado, a valorar vasculopatía periparto, malformación arterio-venosa o eclampsia". Tras realización del TAC ingresa en sala de reanimación, donde es valorada por Anestesia, Neurología y Obstetricia. En ese momento está hemodinámicamente estable, normotensa (130/80), eupneica, con respiración a aire ambiente y orientada. Una vez evaluada se decide su traslado a la UMI del Insular en espera de realización de AngioTAC y valoración por Neurocirugía.*

*Durante su estancia en la UMI es diagnosticada (mediante ecocardiografía realizada el 27/6/2014) de una insuficiencia mitral severa por prolapso de la válvula mitral, dilatación severa de la aurícula izquierda y aneurisma del septo interauricular, hasta ese momento desconocidos. Estos hallazgos, sugestivos de cardiopatía estructural crónica, se mantenían en las ecocardiografías repetidas los días 10/7/2014 y 1/8/2014».*

- En cuanto a las alegaciones de la interesada de que el ictus sufrido era perfectamente previsible y evitable según sus antecedentes, la Propuesta de Resolución se refiere al informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología en el informe de fecha de 3 de septiembre de 2021, en el que, después de explicar los que es un *«ictus»,* los tipos de dicha dolencia y los factores de riesgo que presentaba la afectada, en particular, el referido a enfermedad cardiaca, consta en nota su historial clínico de asistencia especializada lo siguiente:

*«Evolución GINOBS HOS 27/06/2014 15:10*

*" (...) Se ha realizado Rx de tórax con signos de sobrecarga hídrica, por lo que se solicita ECOCARDIO que realizan en este momento informando de: "I. Mitral severa, con dilatación severa de la AI, sugiere cronicidad (sospecha de Prolapso mitral de A3). VI no dilatado con función normal limítrofe" (...) Se revisa historia anterior de "Consulta de Reproducción Humana", encontrando como único antecedente la ablación supraventricular por TSV a los 18 años. En aquel momento, asintomática y sin tto"».*

*Por lo tanto, según los referidos informes, la Propuesta de Resolución llega a la conclusión de que «dicha cardiopatía, esto es, la insuficiencia mitral severa es diagnosticada*

*el 27 de junio de 2014, y, por lo tanto, no era conocida ni por la paciente ni por el equipo médico tratante con anterioridad».*

- En relación con las alegaciones de la interesada relativas a que al haberse sometido a una ablación de la vena aberrante cardíaca en el año 1998, tendría que haber sido derivada durante su embarazo a cardiología a fin de que se le realizasen pruebas cardiológicas, ya que su enfermedad era factor de riesgo gestacional y, por lo tanto, debía habérsele aplicado el protocolo para pacientes cardíacas de alto riesgo de la SEGO, la Propuesta de Resolución se refiere que, a este respecto, señala el Servicio de Obstetricia y Ginecología en su informe de fecha de 23 de octubre de 2024, lo siguiente:

*«La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) contempla que aquellas pacientes con patología cardíaca de alto riesgo requieren de un manejo especializado y multidisciplinar.*

*La ablación de una vía aberrante cardíaca (16 años previa al parto) es un antecedente médico, pero no forma parte de las patologías cardíacas de alto riesgo para el embarazo y el parto, de modo que no procedía su derivación al Servicio de Cardiología durante la gestación o previo al parto.*

*Las patologías actualmente consideradas de alto riesgo son:*

*- Hipertensión arterial pulmonar.*

*- Antecedente de infarto durante la gestación y/o postparto.*

*- Cardiopatía clase III-IV de la NYHA.*

*- Coartación de aorta complicada.*

*- Síndrome de Marfan con dilatación de la raíz aórtica.*

*- Portadora de prótesis mecánicas.*

*- Estenosis mitral.*

*- Estenosis aórtica.*

*- Cardiopatías cianotisantes no corregidas sin hipertensión pulmonar.*

*- Disfunción ventricular severa.*

*El embarazo se consideró de alto riesgo al tratarse de una gestación conseguida mediante técnicas de reproducción asistida y se realizaron los controles estipulados para este tipo de gestaciones. El antecedente de una vía aberrante cardíaca no cambia el control habitual de la gestación ni el manejo intraparto estandarizado».*

**7.** La Propuesta de Resolución también apoya su desestimación en el Auto de fecha de 15 de febrero de 2019 de la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Las Palmas, por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto por la interesada, contra el auto de sobreseimiento provisional de fecha de 21 de marzo de 2018, del Juzgado de Instrucción n.º 1 de Las Palmas de Gran Canaria, confirmando, en consecuencia, dicho Auto de sobreseimiento -en las diligencias penales que se incoaron sobre este asunto-, donde se constata la asistencia conforme a la *lex artis* de la atención dispensada a la reclamante así como la no concurrencia de los factores de riesgo alegados por la reclamante; esto es, edad materna, patología cardíaca, preeclamsia, hipertensión, factores que justificaban, a juicio de la reclamante, la anticipación de la cesárea la madrugada del 24 al 25 de junio. En dicho Auto, por la Audiencia Provincial se recoge lo siguiente:

*«RAZONAMIENTOS JURÍDICOS*

*PRIMERO. (...) No es cierto que concurra el factor de riesgo inherente a la edad, y que conforme a los informes forenses se sitúa en los 35 años, pues la querellante tenía en el momento del parto 34 años. De la misma forma que tampoco constan elementos objetivos que apuntasen a una preeclamsia tal y como lo explican con detalle los forenses, extrayendo tal consideración la parte querellante de informes posteriores durante la atención prestada tras la cesárea y el ictus - folios 239 y 217 - en que especialistas en neurocirugía que la atendiesen, sin ser por tanto especialistas en obstetricia y ginecología, hablan de un diagnóstico probable que sin embargo no se contempla objetivado en el historial previo a la cesárea y el ictus, tal y como explican los forenses, sin que conste ningún refrendo pericial a tal diagnóstico. Tampoco resulta significativo el antecedente de la cardiopatía al ser muy antiguo y estar superado.*

*Lo cierto es que a tenor de los informes forenses, el embarazo discurrió con absoluta normalidad, así como el parto, ajustándose el modo de proceder de las doctoras a los protocolos propios del Hospital Materno Infantil sin detectarse situación de riesgo que hiciese necesario anticipar el parto por cesárea, siendo el ictus una consecuencia imprevisible. Ni siquiera se había agotado el plazo de mínimo de las 12 horas desde que comenzase la inducción al parto mediante el suministro de oxitocina, que es el periodo que marca el protocolo, patentizándose únicamente una situación de dolor que perdurase durante varias horas, con las limitaciones propias de una epidural que no podía recurrir a opiáceos por indicación de la misma paciente (...) la paciente estuvo en todo momento atendida (...)*

*(...) Con todo, ese cierto margen de imprevisibilidad que acompaña a la ciencia médica es la que, en función de lo actuado, ha sido la causa determinante del resultado acontecido,*

*sin que se aprecien déficitis de atención ni comportamientos negligentes en atención a las exigencias de proceder médico en este caso, que con necesario nexo causal propiciase el accidente cerebrovascular sufrido por la querellante, que desgraciadamente se inserta en ese margen de imprevisibilidad».*

Por lo tanto, continúa la Propuesta de Resolución, se constata que, en contra de lo alegado, la ablación de vena aberrante no forma parte de las patologías cardíacas de alto riesgo para el embarazo y el parto, ablación de la que no tenía tratamiento y de la que se encontraba dada de alta por el Servicio de Cardiología al tiempo de los hechos, por lo que no se trataba de una paciente cardíaca de alto riesgo. Dada la estabilidad de todos los antecedentes al inicio de la gestación, no era un embarazo de alto riesgo, aunque se tuvieron en cuenta en las visitas de control prenatal, que siempre estuvieron dentro de la normalidad.

En consecuencia, este Consejo coincide con la instrucción del procedimiento en el sentido de que el protocolo aplicado en el momento del parto fue el correcto y adecuado, valorados sus antecedentes conocidos hasta ese momento.

**8.** Igualmente, la Propuesta de Resolución, analizando el contenido de los informes del Servicio de Obstetricia y Ginecología y los datos clínicos y analíticos de la paciente durante el embarazo y parto, descarta que la paciente reuniera los criterios para el diagnóstico de preeclampsia, afirmándose, después de un análisis exhaustivo en los informes que *«a la vista de los datos clínicos disponibles y la evolución de la dilatación no había ningún motivo a priori para considerar que el ictus fuera perfectamente previsible ni evitable».*

Asimismo, se desvirtúan las conclusiones del informe pericial de parte emitido por el Dr. (...) sobre que la situación clínica de la paciente *«exigía la realización de una cesárea para evitar el daño que tuvo lugar»,* o que *«no se tomaron las medidas habituales propias de un centro hospitalario de nuestro entorno geográfico»* con las que se *«podría haber evitado el daño y perjuicios padecidos por la paciente»*, detallando la atención y monitorización en todo momento de la paciente, descartándose igualmente que el protocolo aplicado no fuera el correcto.

En definitiva, el Servicio de Obstetricia y Ginecología, en el precitado informe de 3 de septiembre de 2021, llega a la conclusión siguiente:

*«La paciente fue correctamente atendida y en ningún momento antes de las 7:50 horas hubo dato alguno que pudiera haber hecho sospechar el desenlace, ni intervención ninguna que lo hubiera podido evitar. Como su nombre indica, el ictus es un "accidente" cerebrovascular, que se presentó de manera brusca y que fue respondido con la urgencia*

*necesaria. Cualquier acción que se hubiera podido llevar a cabo con anterioridad, como por ejemplo una cesárea, no hubiera estado respaldada por ninguna indicación médica (...) y además no puede asegurarse que hubiese prevenido el ictus como se ha visto en los argumentos anteriores».*

En el mismo sentido, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de fecha de 3 de julio de 2024, señala que la paciente no reunía criterios para practicar una cesárea urgente, refiriendo igualmente que:

*«Durante su estancia en paritorio fue tratada acorde a los estándares internacionales de calidad, se le brindó analgesia cuando la paciente la requería por dolor (que es un hecho fisiológico inherente al parto), fue atendida y acompañada por su matrona en todo momento, se realizó monitoreo constante y con comunicación fluida entre el equipo de Paritorio, la propia madre y su pareja.*

*Durante su estancia no reunió criterios para la realización de cesárea de urgente hasta las 08:00 horas en donde y tras cambio de circunstancias ocurridas a las 07:50 se practicó la misma de forma inmediata.*

*Por lo que no sería cierta la aseveración que hace la paciente a través del informe pericial del Dr. (...) de que, de haberse hecho la cesárea antes, se hubiera evitado el ICTUS. Es injustificable médicamente afirmar que la anticipación en la instauración de un tratamiento, cuando todavía no está indicado, mejore los resultados.*

*- Los antecedentes que presentaba la paciente no hacían previsible la aparición de las complicaciones que tuvieron lugar.*

*- En el caso de (...), se utilizaron todos los recursos y medidas habituales propias de un centro hospitalario de tercer nivel, y se pusieron los medios para evitar las complicaciones, aunque desafortunadamente se produjo de forma inesperada e inevitable un mal resultado.*

*- El personal asistencial era suficiente y actuó de forma rápida y diligente cuando se sospechó el ictus. De hecho, la rápida actuación probablemente ayudó a que las lesiones no fuesen de mayor envergadura, al iniciarse el tratamiento antihipertensivo y con sulfato de magnesio de forma inmediata. Fue trasladada a quirófano e intervenida, habiéndose extraído el feto a los pocos minutos de indicar la cesárea. El manejo perioperatorio contó con el personal de quirófano (Anestesia, Ginecología y enfermería), fue valorada por Neurología y se completó el diagnóstico con la realización de un TAC a las 9:51.*

*- La atención dispensada durante la gestación, el parto, la cesárea y la propia atención cuando la reclamante sufre el ictus, conforme a una correcta y adecuada praxis médica, siendo el ictus una consecuencia imprevisible e inevitable.*

*En consecuencia, por todo lo expuesto, es posible concluir que no se constata la existencia de mala praxis en la atención sanitaria dispensada (...) .*

*(...) reiteramos que, tal y como se constata en los informes médicos emitidos y se reconoce tanto por el Juzgado de Instrucción n.º 1 de Las Palmas en auto de 21 de marzo de 2018 como por la Audiencia Provincial en Auto de 15 de febrero de 2019 a la vista de los informes forenses, no confluían en la interesada tales factores de riesgo, actuándose por los facultativos que la atendieron, de acuerdo con los protocolos propios del CHUIMI, siendo la atención dispensada durante la gestación, el parto, la cesárea y la propia atención cuando la reclamante sufre el ictus, conforme a una correcta y adecuada praxis médica, siendo el ictus una consecuencia imprevisible e inevitable (...), no apreciando mala praxis en la atención sanitaria dispensada a la reclamante».*

**9.** En conclusión, a tenor del contenido de los diversos informes que obran en el expediente instruido, se constata que la asistencia sanitaria prestada a la paciente se ajustó a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, entendiendo que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...), se considera que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.