Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 4 6 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 de octubre de 2025.

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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 405/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 12 de septiembre de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 3 de marzo de 2025), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) y (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (210.709,52 €) sobrepasa la cuantía de los 60.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) 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 legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

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.

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

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. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría 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. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes padres del recién nacido fallecido, ostentan la condición de interesados, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], por el fallecimiento de su hijo recién nacido, a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP. Por cuanto el fallecimiento se produce el 3 de enero de 2021 y la reclamación se presenta el 31 de diciembre de 2021.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en

los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

La reclamación de responsabilidad patrimonial se sustenta en los siguientes antecedentes de hecho que se extraen de la reclamación formulada por la interesada y que se exponen en la propuesta de resolución:

«Con fecha 2 de enero de 2021, (...), ingresó urgente en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias (CHUC), con 37+1 semanas de gestación, y rotura prematura de membranas. El embarazo estaba siendo controlado por el ginecólogo de zona, por presentar arteria umbilical única.

En el momento del ingreso, las constantes de la gestación eran normales, es decir, gestación única, longitudinal, cefálica, cérvix posterior.

(…) informó que había roto aguas a las 01:00 horas del día 2 de febrero de 2021 (se detecta error en la reclamación inicial respecto de la fecha de estancia hospitalaria), fluyendo líquido amniótico.

El registro cardiotocográfico informó como reactivo. Se realiza despistaje de covid, siendo negativo y con el diagnóstico de rotura prematura de membrana, quedó ingresada en evolución espontánea.

Pasó a paritorio a las 14:40 horas del día 2 de enero de 2021, donde fue monitorizada. Se le administró analgesia epidural alcanzando dilatación completa.

Comienza a haber problemas porque, a pesar de haber iniciado los pujos, no sobrepasaba del segundo plano, prolongándose el parto; hacia las tres de la tarde del día 2 de febrero, ya tenía una dilatación completa y, a pesar de ello, no deciden practicar la cesárea hasta cerca de las cuatro de la madrugada del día siguiente, cuando se ordena de inmediato su traslado a quirófano para intervención por cesárea, pero lamentablemente ya era demasiado tarde.

En el informe del Servicio de Pediatría, sección Neonatología del CHUC, consta que el bebé nació sin esfuerzo respiratorio, sin latido cardíaco y con palidez cutánea. Se inicia ventilación con bolsa y mascarilla, pero sin aparecer esfuerzo respiratorio y con frecuencia cardíaca ausente.

Es decir, nació muerto a pesar de que ingresó sin ningún problema e iniciándose un parto que debió haber sido normal.

A diferencia de lo que expresa el informe de alta de (…) de fecha 4 de enero de 2021, el Informe de Pediatría de 3 de enero, refiere que el Ph del niño al nacer era de 6.8, lo que evidencia, un Ph muy bajo que justifica que tenía una parada cardíaca por sufrimiento fetal.

Lo que no informan por ningún lado, es por qué se esperó 27 horas en tomar la decisión de realizar una cesárea, en una primigesta de 29 años de edad, que les había informado que había roto aguas a la 1:00h del día 2 de enero, que acude inmediatamente al centro hospitalario, que hacia las 14:40h de ese mismo día presentaba dilatación completa, y se continúa esperando hasta las 4 de la madrugada del día siguiente para practicar la cesárea.

(...) no tenía antecedentes personales de interés, sin hábitos tóxicos, ni ningún problema de otro tipo. Había llevado un embarazo fisiológico y controlado. Pruebas de serología negativas. El parto se presentó cefálico, y como se ha referido, había roto aguas desde la 1:00 horas del día 2 de enero, sin embargo, no se decide la cesárea hasta las cuatro de la madrugada del día siguiente, y ello a pesar que tenía una dilatación completa desde el día anterior 2 de enero.

Consecuencia de ese retraso injustificado, salvo por una mala praxis o negligencia médica, provocó que el hijo de mis representados naciera cianótico, sin esfuerzo respiratorio, sin latido cardiaco y con una palidez cutánea propia de una parada cardiaca por sufrimiento fetal, que originó una asfixia y un shock debido al retraso injustificado y negligente médico en no practicar la cesárea mucho antes.

Todo ello, originó un diagnóstico donde el hijo de mi representada, por la mala praxis médica, tuviera una parada cardiorrespiratoria, una encefalopatía hipoxíco-isquémica severa, acidosis mixta de predominio metabólico grave, y todo lo demás que refiere el informe para concluir con su muerte hacia las 19:00 horas del día 3 de enero de 2021.

En el informe de la autopsia consta que todos sus órganos estaban normales, y que lo único que presentó fue una onfalitis aguda, por ser la única vía de administración de la medicación en las catorce horas posteriores al parto, pero que, en modo alguno, es la causa ni el motivo de su fallecimiento».

Cuantifican la indemnización solicitada en 210.709,52 euros.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el día 31 de diciembre de 2021 por (...), Abogado que actúa en nombre y representación de (...) y (...)

Junto con la reclamación aporta la siguiente documentación clínica:

- Informe Clínico de alta de (...)-

- Historia Clínica del embarazo de (...)-

- Informe del Servicio de Pediatría, Sección Neonatología del HUC, del 3 de enero de 2021, suscrito por la Dra. (...).

- Diagnóstico anatomopatológico del niño (...), suscrito por la Dra. (...).

- El libro de familia que acredita los datos de los progenitores.

2. Con fecha de 17 de enero de 2022, se dicta Resolución por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud por la que se admite a trámite de la reclamación formulada. Se notifica a los reclamantes y a (...), entidad aseguradora del Hospital Universitario de Canarias.

3. El 2 de septiembre de 2024 se emite informe por el SIP y se acompaña la siguiente documentación:

- Historia clínica relativa a la atención recibida en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

- Informe emitido por los Dres. del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUC: (...), jefe de Servicio; (...) y (...), médicos adjuntos.

- Nota clínica relativa a la asistencia recibida en Atención Primaria en fecha 18/01/2023.

4. El 17 de septiembre de 2024 se notifica a los interesados Acuerdo Probatorio, por el que se admite la prueba documental y pericial propuesta por los interesados, y se incorporan los informes recabados por la Administración en período de instrucción.

5. Con fecha 4 de noviembre de 2024 se recibe informe pericial emitido por las Dras. (...) y (...), especialistas en Ginecología y Obstetricia.

6. De conformidad con el art. 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el 29 de noviembre de 2024, se notifica a los interesados la apertura del trámite de audiencia, y se les confiere un plazo de 10 días a fin de que pudiesen formular alegaciones y aportar la documentación que tuviesen por conveniente. No obstante, transcurrido el plazo señalado al efecto, no consta que por los interesados se hayan efectuado alegaciones o se haya aportado documentación alguna.

7. El 26 de febrero de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

8. Mediante oficio de 28 de febrero de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 3 de marzo de 2025), 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 LCCC.

9. El 10 de abril de 2025 se emite Dictamen 151/2025 por el que se concluye que la Propuesta de Resolución que desestima la reclamación formulada, no se considera conforme a Derecho, pues es necesario retrotraer las actuaciones por los motivos expuestos en el Fundamento IV, apartado 4 del Dictamen, esto es, por la necesidad de que el informe pericial aportado por los reclamantes sea convenientemente valorado pues el mismo fue aportado por los interesados con posterioridad a los informes del Servicio y del SIP y la cuestión en la que se sustenta el mismo, relativa a una supuesta malinterpretación del registro cardiotocográfico, por existir desde las 22:30 horas un patrón en el registro cardiotocográfico patológico, no ha sido suficientemente esclarecida en los informe emitidos. Por ello, se dispuso la necesidad de retrotraer el procedimiento a fin de que se emitan los siguientes informes:

- Informe complementario del SIP que se pronuncie sobre el contenido del informe pericial aportado por los reclamantes el 4 de noviembre de 2024, para lo cual se considera necesario que se solicite previamente un informe de Especialista en Ginecología y Obstetricia de un centro sanitario distinto al que se le imputa el daño, que valore el registro cardiotocográfico que obra en la historia clínica y se pronuncie si el mismo puede considerarse como normal en el proceso del parto o por el contrario, se trata de un registro cardiotocográfico patológico, que no cumple los estándares de un registro fetal compatible con el bienestar fetal, y en este último caso, a partir de qué momento se produce, en su caso, un patrón patológico y cualquier otra consideración que se estime pertinente.

Así mismo, es preciso también que el Servicio de Obstetricia y Ginecología actuante, mediante el correspondiente informe complementario, se pronuncie sobre lo manifestado en dicho informe pericial.

10. El 21 de mayo de 2025 se emite informe por el Dr. (...), Jefe de Sección de Obstetricia del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (centro sanitario distinto de aquel al que se le imputa el daño).

11. El 19 de junio de 2025 se emite Informe complementario por el SIP por el que se concluye que «a la luz de los nuevos elementos obrantes en el expediente, se reconoce la existencia de una actuación médica inadecuada por parte del Servicio implicado». En cuanto a la cuantía indemnizatoria reclamada considera que el total a indemnizar ascendería al importe de 147.496,66 €.

12. Con fecha 11 de julio de 2025 se notifica trámite de audiencia a los reclamantes, quienes formulan alegaciones mediante escrito presentado el 22 de julio de 2025 mediante el cual manifiestan su conformidad con el reconocimiento de la responsabilidad por parte de la Administración, pero no están de acuerdo con la indemnización propuesta por el SIP, pues consideran que a la indemnización por causa de muerte (TABLA 1.A) PERJUICIO PERSONAL BÁSICO – Ascendientes), que establece para cada progenitor un importe de 73.748,33 €, se debe sumar un perjuicio particular por fallecimiento de hijo único, previsto en el art. 75 de la propia Ley 35/2015: «*El fallecimiento del único hijo del perjudicado constituye un perjuicio particular que se resarce mediante un incremento del veinticinco por ciento de la indemnización por perjuicio personal básico*», así como un incremento de la cuantía básica por la edad del fallecido, y la actualización que conforme al índice de Garantía de la Competitividad se establece en un 2%. Por tanto consideran los reclamante que procede la indemnización a ambos progenitores por un total de 206.864,07 €, más los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización, que se exigirán de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 47/2003 de 26 de noviembre, Ley General Presupuestaria, conforme a lo establecido en el art. 34.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

13. El 9 de septiembre de 2025 se dicta nueva Propuesta de Resolución por la que se acuerda estimar parcialmente la reclamación formulada por (...) y (...) indemnizando a los interesados con la cantidad de 147.496,66 euros al concurrir los requisitos que conforman la Responsabilidad patrimonial.

14. Mediante oficio de 12 de septiembre de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 16 de septiembre de 2025), 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 LCCC.

IV

1. Con carácter preliminar al examen de la asistencia sanitaria derivada de los elementos probatorios practicados en la fase de instrucción del procedimiento, debemos recordar los requisitos necesarios para que proceda la declaración de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Para ello debemos partir de lo dispuesto en el art. 106.2 de la Constitución Española, a tenor del cual:

«Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

El apartado 2 del citado precepto dispone: *«En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas».*

Por su parte el art. 34.1 LRJSP dispone:

«Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos».

A partir de la regulación constitucional y legal, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014 , FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el ámbito de la Administración sanitaria, el carácter objetivo del instituto resarcitorio se ve modulado a través del concepto de la *lex artis*, de tal forma que cobra especial relevancia la valoración del empleo de la técnica por el facultativo a la hora de determinar si existe o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño producido, y la obligación de indemnizar por la lesión causada.

La *lex artis* se convierte así en el criterio de normalidad que ha de infringirse en la realización del servicio sanitario para que haya lugar a la obligación de indemnizar. Además, la técnica empleada ha de adecuarse a las circunstancias del caso clínico concreto, es la denominada *lex artis ad hoc*, a través de la cual se produce la concreción a un paciente determinado de la técnica genéricamente considerada en atención a las circunstancias en que se produce la asistencia sanitaria. De ahí que se considere más adecuado hablar de *lex artis ad hoc*, en lugar del concepto más genérico de *lex artis*, cuando se trata de analizar supuestos concretos de responsabilidad sanitaria.

Los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o

secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis , pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *Lex Artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común-, requisito indispensable 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, debemos partir de los motivos en que los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial.

En la reclamación inicial se alega un retraso en practicar la cesárea, al señalar que *«hacia las tres de la tarde del día 2 de febrero, ya tenía una dilatación completa y, a pesar de ello, teniendo serios problemas, no deciden practicar la cesárea, hasta cerca de las cuatro de la madrugada del día siguiente, y porque acude la Dra. C. que se encontraba de guardia, que al ver el panorama, ordena de inmediato su traslado a quirófano para intervención por cesárea, pero lamentablemente ya era demasiado tarde.*

(...)

Lo que no informan por ningún lado, es por qué se esperó 27 horas en tomar la decisión de realizar una cesárea, en una primigesta de 29 años de edad, que les había informado que había roto aguas a la 1 hora del día 2 de febrero, que acude inmediatamente al centro Hospitalario, que hacia las 14'40 de ese mismo día, tenía una dilatación completa, y se

continúa esperando hasta las 4 de la madrugada del día siguiente para practicar la cesárea, con el nefasto resultado de extraer a un niño muerto».

Por tanto, consideran los reclamantes que existió un retraso injustificado en practicar la cesárea lo que provocó una parada cardíaca por sufrimiento fetal, asfixia y shock con resultado de muerte del recién nacido.

Aportan informe pericial elaborado por dos Especialistas en Ginecología y Obstetricia en el que se concluye la existencia de mala praxis obstétrica por una valoración incorrecta del registro cardiotocográfico. Consideran las peritos que existió una «*malinterpretación del registro cardiotocográfico ya que mostró durante un largo período de tiempo (5 horas) un patrón indudablemente patológico, el cuál fue malinterpretado, condicionando una hipoxia fetal inicialmente subaguda, que posteriormente se transformó en aguda, condicionando la muerte neonatal posterior*». En concreto consideran que «*la valoración por parte de ginecología del registro consta a las 1:15 horas, 2 horas posterior al inicio del patrón desacelerativo y patológico del registro. Se debería haber valorado globalmente el caso previamente a la hora indicada por parte de los facultativos médicos de guardia*».

Señalan que la cesárea urgente se tenía que haber practicado 5 horas antes del momento en que se llevó a cabo, ya que existían signos objetivos en el registro cardiotocográfico y en la valoración de la evolución del parto que indican riesgo de pérdida fetal, que no fueron correctamente valorados.

3. Establecidos los términos en los que se sustenta la reclamación de responsabilidad patrimonial, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada a la reclamante y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir, del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por los reclamantes durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, resultan de interés para la emisión del Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo:

- (...) contaba con 29 años de edad en el momento de los hechos. En estado de gestación, fue seguida por el ginecólogo de zona durante su gestación única y

fisiológica, la cual se consideró de riesgo moderado debido al hallazgo de una arteria umbilical única (en lugar de las dos arterias umbilicales normales).

Así consta en la historia clínica que desde la primera visita del primer trimestre de gestación en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) se sospecha de Arteria Umbilical Única (AUU) que es confirmada en la Eco selectiva que se realiza el 11 de septiembre de 2020. Consta que en la cita de control el 14 de octubre de 2020, tras la eco selectiva, se confirma AUU, estableciendo desde entonces la situación de Embarazo de Riesgo Moderado por AUU. Presentaba, además, hipotiroidismo en control por su MAP.

Su última cita fue el 10/12/2020 con una valoración dentro de la normalidad.

- Durante el embarazo, se realizaron todas las serologías estipuladas en el protocolo para el cuidado de un embarazo normal, resultando en que la paciente no estaba inmunizada contra la rubeola y con serologías negativas para sífilis, VIH y hepatitis B. La paciente, cuenta con grupo sanguíneo A negativo por lo que recibió inmunización con gammaglobulinas anti-D durante el embarazo. No consta realización del cribado vaginal y rectal para Streptococcus agalactiae, que habitualmente se realiza entre las semanas 35-37. En el tercer trimestre, la paciente fue tratada con éxito por una infección de orina, con un urocultivo de control negativo fechado el 23/12/2020.

- El día 2 de enero de 2021 cuando estaba embarazada de 37 semanas de gestación y 1 día (gestación a término) acude al Servicio de Urgencias con fecha de registro a las 01:55, e ingresa en la Sección de Paritorio del Complejo hospitalario Universitario de Canarias a las 02:24 horas, por rotura espontánea de la bolsa en su domicilio, aproximadamente a la 01:00 horas.

Se registran constantes vitales maternas con resultados normales: TA 121/80 mmHg, FC 75 lpm, afebril (TC 36 ºC).

La frecuencia cardíaca fetal (FCF) y el líquido amniótico claro se muestran normales. El cuello uterino se encuentra borrado al 20%, con una dilatación de 1 cm, y un puntaje de Bishop de 2 (Bishop < 6, lo que indica que no se ha iniciado el trabajo de parto). Estreptococo hemolítico grupo B desconocido.

Diagnóstico médico al ingreso: RPM (rotura prematura de membranas). Actitud: *«evolución espontánea».*

Es decir, cuando ingresa en el paritorio, no ha iniciado trabajo de parto y presenta pruebas de bienestar materno-fetales normales (constantes vitales maternas normales y frecuencia cardíaca fetal presente).

Por lo tanto, se aplica el protocolo de amniorrexis prematura (rotura espontánea de membrana) en gestación >37 semanas, lo que implica una actitud expectante entre 12-18 horas tras la rotura de la bolsa, con ventanas de monitorización materno-fetal y a la espera del inicio espontáneo del trabajo de parto. Según las notas del registro de dilatación, se explica a la paciente el plan de actuación.

- En el registro de las 04:00 consta dinámica uterina de tipo disdinámico (es decir, no presenta contracciones uterinas regulares), líquido amniótico claro. Se registra frecuencia cardíaca fetal normal y registro cardiotocográfico «reactivo, buena variabilidad, no desacelerativo», lo que es indicativo de bienestar fetal. Se registra «*dinámica uterina no dolorosa, la paciente descansa».*

- En el registro de las 08:20 se registra la misma dinámica uterina, con frecuencia cardíaca fetal (FCF) normal. Se realiza una revaloración (es decir, exploración vaginal) con los siguientes hallazgos: cuello uterino blando, posterior, borrado al 50%, y se describe: *«cérvix favorable, evolución espontánea».*

- En el siguiente registro de las 12:20 (11 horas desde la rotura espontánea de las membranas), no hay novedades; el líquido amniótico sigue siendo claro y la frecuencia cardíaca fetal es normal, con registro cardiotocográfico (RCTG) *«reactivo».* La temperatura materna es de 36,7º C. La paciente comienza a presentar dinámica uterina *«molesta»*.

- A las 14:40 horas del día 2 de enero de 2021, aproximadamente 12 horas después de la rotura de membranas, el trabajo de parto no ha comenzado espontáneamente, por lo que es trasladada a paritorio para inducción del parto con monitorización externa. A esa hora, se registran las constantes vitales de la paciente: TA 137/69 mmHg, sigue siendo afebril, y la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es normal.

Se registra la administración de oxitocina a las 15:16.

- A las 18:12 la paciente presenta dinámica uterina dolorosa y solicita la administración de analgesia epidural, la cual es aplicada a las 19:06 horas, continuando la inducción del parto.

- A las 19:02 se documenta la administración de antibiótico (penicilina G sódica, dosis de 5 millones UI).

- En la exploración de las 19:39 se observa dinámica uterina regular, con cuello centrado, borrado al 100%, dilatación de 4 centímetros y salida de líquido claro, confirmando el inicio de la fase activa de la dilatación. Se miden las constantes vitales de la madre que se muestran normales (TA 117/71. Temperatura 36,8 º C). La frecuencia cardíaca fetal es normal. Se registra efectividad de la anestesia epidural.

- A las 20:07 se registra dinámica uterina regular, líquido siempre claro, tensión arterial de la madre 116/67 (normal), y el registro cardiotocográfico es «reactivo, variabilidad moderada, no desacelerativo. DLI» [decúbito lateral izquierdo].

- A las 22:15 se documenta dinámica uterina regular, líquido amniótico claro, y la paciente sigue afebril. Se avisa a anestesia debido a dolor, que indica se le administre bolo epidural.

- Según el protocolo de profilaxis antibiótica intraparto, a las 23:00 horas, se administra penicilina G sódica (2,5 millones UI) a las 4 horas de la primera dosis, repitiéndose a las 3:00 horas.

- La dilatación completa se alcanza a las 23:30 horas del 2/01/2021, con la presentación fetal en ese momento en el estrecho superior (SES), en posición OIAP (Occipito-Izquierdo Anterior del Paciente), una posición favorable para un parto vaginal. Se inicia el descenso pasivo (la primera fase del período expulsivo), con líquido amniótico claro fluyendo y monitorización materno-infantil normal (TA materna 121/64 mmHg, afebril, frecuencia cardíaca fetal normal; registro cardiotocográfico «reactivo, con buena variabilidad»). Se observa que la anestesia epidural ha sido efectiva tras el bolo. Y consta que está sin oxitocina.

- A la 1:10 horas del 3/01/2021 se inician los pujos dirigidos. En ese momento, se registra dinámica uterina regular y líquido amniótico claro. Por primera vez se observa ligero aumento de temperatura (37,8º C). En cuanto a la frecuencia fetal, se registran desaceleraciones variables leves.

- A la 01:15 horas, en cuanto a la frecuencia fetal, se registran desaceleraciones variables moderadas. El Registro cardiotocográfico que es evaluado por Ginecólogas de guardia.

Según informe del SIP esas desaceleraciones variables suelen representar una respuesta normal a las contracciones uterinas, especialmente durante la fase expulsiva del parto.

- A la 01:27 consta anotado «aviso a Ginecología de guardia por desaceleraciones variables moderadas. Pujos dirigidos por Ginecóloga de guardia».

- A las 2:15 horas se registra taquicardia materna y fetal, febrícula materna (37,6º C). Se aplica el protocolo para fiebre intraparto y se realiza una extracción analítica, cuyos resultados son sugestivos de infección materna [leucocitosis con predominio de neutrófilos y PCR 4,15 mg/L (débilmente positiva en cuanto mayor de 3)].

- A las 3:17, tras 3 horas y 47 minutos desde la dilatación completa, se indica una cesárea urgente debido a la falta de descenso de la presentación fetal (no sobrepasa el segundo plano de Hodge).

Según el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, se evalúa que la presentación de la cabeza fetal está aún en el segundo plano de Hodge, indicando un descenso insuficiente para la extracción instrumental fetal por vía vaginal.

- A pesar de que, según informe de alta del Servicio de Obstetricia del 4/01/2021, la cesárea segmentaria transversa se realiza sin incidencias, a las 03:39 horas del 3/01/2021 se obtiene un recién nacido de 2750 g, con Apgar 0/0/0 (sin esfuerzo respiratorio, sin latido cardíaco y palidez cutánea) y pH de arteria del cordón umbilical de 7.01. El recién nacido es atendido por el Servicio de Pediatría con maniobras de reanimación avanzadas. Esos datos quedan registrados en la hoja de expulsión fetal, donde también se refleja que no se observan circulares de cordón ni acabalgamiento. Se constata un tumor de parto (hinchazón benigna del cuero cabelludo).

- Tras las maniobras de reanimación avanzada, intubación orotraqueal y administración de fármacos (adrenalina), a los 16 minutos de vida, se logra estabilizar parcialmente al recién nacido, aunque sus niveles de oxígeno siguen siendo bajos, y se decide trasladarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal para cuidados adicionales destacando los diagnósticos de parada cardiorrespiratoria, encefalopatía hipóxica isquémica severa, acidosis mixta, y coagulopatía.

Ingresa en UCI Neonatal para cuidados adicionales destacando los diagnósticos de parada cardiorrespiratoria, encefalopatía hipóxica isquémica severa, acidosis mixta, y coagulopatía. Se informa a los padres en todo momento de la situación del neonato.

El recién nacido fallece el 3/01/2021 a las 19:05, a pesar de los cuidados proporcionados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), reflejando la

gravedad del cuadro desde el ingreso. En las notas clínicas del ingreso (de las 10:33) se menciona que el pH de la arteria umbilical al momento del nacimiento era de 7.01, mientras que el pH registrado a su llegada a la UCIN era de 6.8. Los diagnósticos reflejados al exitus de Asfixia perinatal grave. Paro cardíaco. Fallo multiorgánico. Shock. Arteria umbilical única. Hipertensión pulmonar persistente neonatal. Defecto de coagulación.

- Se constata que el grupo sanguíneo del recién nacido es A Rh negativo, por lo que se descarta incompatibilidad Rh materno-fetal. Los hemocultivos informados posteriormente resultaron negativos (no se detectó infección bacteriana en la muestra de sangre cultivada), y los cultivos pulmonares realizados post-mortem para bacterias y hongos tampoco mostraron crecimiento.

- Durante el ingreso en la planta de obstetricia, a raíz de alteraciones en la analítica de la parturienta que indican un cuadro infeccioso (elevación de los leucocitos y leve aumento de la proteína C reactiva), se completa el tratamiento antibiótico inicial añadiendo otros antibióticos. El 3/01/2021 se realiza una analítica completa que incluye TORCH, coagulación, test de Kleihauer, anticuerpos irregulares, serología y análisis de orina (para tóxicos y proteinuria).

En la cita ginecológica de cierre del caso del 2/03/2021, se entrega a la paciente la analítica pendiente del ingreso en el Servicio de Obstetricia. Según las notas clínicas de la visita, el único hallazgo significativo es un resultado «positivo para IgG e IgM por CMV (Citomegalovirus) con baja avidez, que se relaciona según bibliografía consultada con un exitus perinatal hasta en un 3%». Se informa a la paciente sobre este hallazgo.

- En la autopsia del recién nacido, informada el 21/12/2021, se constatan los diagnósticos anatomopatológicos de 1) onfalitis aguda (infección del ombligo en recién nacidos) y 2) shock. Comentarios: «*La onfalitis aguda puede estar probablemente relacionada con un proceso infeccioso subyacente. Se describe IgM positiva para CMV en la serología materna*».

- Posteriormente, en el año 2022, la reclamante cursa con una gestación en la que en fecha 27/12/2022, da a luz un recién nacido sano mediante un parto vaginal eutócico.

4. La problemática que en esencia se plantea en el presente caso, es la de si existió un retraso en la práctica de la cesárea que provocó sufrimiento fetal y finalmente el fallecimiento del recién nacido.

Para determinar si, como alegan los reclamantes, existió mala praxis médica en la atención al parto de (…) por retraso en la práctica de la cesárea, resulta fundamental la información contenida en la historia clínica y la aportada en los distintos informes emitidos por los Especialistas en Ginecología y Obstetricia, tanto los que asistieron directamente a la paciente, como los que informan sobre el análisis exclusivo de la historia clínica (SIP, informe de Especialista en Ginecología Obstetricia del HUNSC e informe pericial aportado por los reclamantes).

De este modo, por una parte, en el Informe emitido por los Dres. del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUC: (...), jefe de Servicio; (...) y (...), médicos adjuntos, se aclara que se alcanza la dilatación completa a las 23:30 horas del 02.01.2021 con presentación en ese momento sobre estrecho superior, fluyendo líquido claro y monitorización materno-fetal normales. Es por ello por lo que se mantiene el descenso pasivo de la presentación desde la dilatación completa constatada a las 23:30 horas del día 02.01.2021 hasta las 01:10 del día 03.01.2021 en que se inician los pujos dirigidos. Durante el expulsivo y siendo los 02:15 horas se detecta febrícula materna y taquicardia fetal por lo que se aplica protocolo de fiebre intraparto. Consideran que el registro cardiotocográfico fetal presenta desaceleraciones variables que fueron consideradas normales en el expulsivo y se mantiene los pujos dirigidos. A las 3:17 horas (transcurridas 3 horas y 45 min desde la dilatación completa) se evalúa que la presentación de la cabeza fetal está aún en II plano, descenso insuficiente para la extracción instrumental fetal por vía vaginal, motivo por el que se indica la cesárea urgente.

Por tanto, aclaran que el motivo por el que se indica la cesárea fue por no descenso de la presentación fetal, y no por signos de sufrimiento fetal, ya que según indican el registro cardiotocográfico fetal era normal, pues las desaceleraciones variables eran normales en el expulsivo.

Tras la cesárea y a la vista del resultado adverso se realizó analítica a la madre, cuyo resultado fue positivo para IgG e IgM por CMV (Citomegalovirus) con baja avidez. La muerte intrauterina y perinatal por una infección por citomegalovirus es entre 0,3-1,4 %.

Finalmente, sobre la causa de la muerte del recién nacido consideran que no ha quedado totalmente esclarecida, pudiendo ser corresponder con una acidosis

metabólica fetal, con la infección perinatal por citomegalovirus, o por otras causa o por la suma de las mismas, pero consideran que no resultó predecible.

Se concluye que no existió infracción de *la lex artis* en la atención al parto, pues se siguieron los protocolos de actuación aplicables, siendo su actuación cuidadosa y diligente, adecuando sus actuaciones a los protocolos en cuanto a las medidas preventivas, pruebas de diagnóstico realizadas, tiempos de espera y medios empleados.

Por su parte del informe del SIP se extraen, en síntesis, las siguientes conclusiones:

1.- La paciente estuvo en seguimiento por un embarazo fisiológico, pero clasificado como de riesgo moderado debido al hallazgo de una arteria umbilical única (AUU). Este hallazgo requirió un seguimiento más estrecho, con consultas mensuales. la mayoría de los autores afirma que, incluso en ausencia de otras malformaciones, los recién nacidos con AUU tienen mayor riesgo de mortalidad, bajo peso y prematurez en comparación con aquellos con cordones trivasculares.

2.- Tras el resultado adverso del proceso de parto, en el caso de esta paciente, se realizó una analítica que reveló una infección reciente por CMV. La prevalencia de esta infección en nuestro medio es baja, y la muerte intrauterina y la muerte perinatal por una infección por citomegalovirus es entre el 0,3% y el 1,4%, datos que quedan reflejados en el informe preceptivo del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

3.- La paciente ingresa a las 2 de la madrugada del 2/01/2021 por una rotura prematura de membranas (RPM) a término. A partir del ingreso en paritorio, la paciente es controlada mediante registros cardiotocográficos (discontinuos inicialmente, y continuos a partir de la inducción del parto), mediciones periódicas de las constantes vitales y las oportunas exploraciones vaginales. Al ingreso, la paciente está afebril, y se observa la expulsión de líquido amniótico claro, es decir, se confirma la rotura de membrana y el líquido presenta características anodinas, registrándose bienestar materno-fetal. Durante las horas siguientes al ingreso, se continúa registrando en todo momento bienestar materno-fetal y ausencia de signos o síntomas de alarma. La gestante se mantiene afebril, con la expulsión de líquido amniótico claro, es decir, sin signos de infección o presencia de meconio. La frecuencia cardíaca fetal se mantiene dentro de los parámetros normales, y el registro cardiotocográfico muestra una actividad reactiva, es decir, normal. En ausencia de síntomas o signos de alarma, la actitud expectante durante las primeras

24 horas tras la rotura de membranas es una práctica común y en línea con los protocolos y guías clínicas de los servicios del país y las sociedades científicas.

4.- En el caso de la paciente, se inició la inducción del parto debido a la ausencia de inicio espontáneo del trabajo de parto, mediante la administración de oxitocina intravenosa, 14 horas después de la rotura de membranas. Esta acción se realizó dentro del tiempo recomendado para la inducción en tales situaciones.

5.- La dilatación completa se alcanza a las 23:30 del 2/01/2021 (no hacia las 15:00 horas como dice la reclamación), con presentación fetal en ese momento sobre el estrecho superior (la apertura superior de la pelvis) y con un registro cardiotocográfico normal (reactivo y con buena variabilidad). A partir de esa hora, inicia el descenso pasivo, que dura una hora y 40 minutos, un tiempo adecuado, especialmente considerando que se trata de una primípara con anestesia epidural (que puede prolongar los tiempos de la fase expulsiva).

Desde el inicio de la dilatación completa hasta el inicio de la cesárea, han transcurrido menos de 4 horas, lo cual está en línea con los tiempos recomendados para proceder a la finalización del parto.

El feto se encuentra en el segundo plano de Hodge, lo que imposibilita la aplicación de medidas instrumentales por la vía vaginal como por ejemplo los fórceps, ya que para utilizar estas técnicas es necesario que el feto esté al menos en el tercer plano de Hodge.

6.- Desde el inicio de la inducción hasta la cesárea, se realiza una monitorización cardiotocográfica continua, controlando de manera continua la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina.

Hasta la 1:10 del 3/01/2021, los trazados cardiotocográficos muestran una frecuencia cardíaca fetal normal, reactiva y con buena variabilidad, lo que indica bienestar fetal. A partir de las 1:10, coincidiendo con la fase activa de la fase expulsiva del parto, se interpretan y registran desaceleraciones variables leves y moderadas. Debido a sus características y la fase del parto (expulsiva), estas desaceleraciones son consideradas no patológicas.

7.- Se registra taquicardia materna y fetal por primera vez a las 2:15, coincidiendo con una elevación de la temperatura corporal de la paciente. La fiebre materna es una de las causas conocidas de taquicardia fetal y materna. La paciente presentaba criterios clínicos para el diagnóstico de corioamnionitis (taquicardia materna y fetal, leucocitosis materna con desviación a la izquierda y elevación de la

temperatura corporal). Recordamos que la paciente ya estaba recibiendo cobertura antibiótica profiláctica que posteriormente fue completada y tras registrar una elevación de la temperatura corporal, se le realizó una analítica. La corioamnionitis es una condición que puede provocar un síndrome inflamatorio fetal. Entre las complicaciones del síndrome inflamatorio fetal se encuentran la asfixia perinatal, la infección fetal y neonatal, y la parálisis cerebral.

8.- La cesárea se reserva para situaciones de riesgo cierto de pérdida de bienestar fetal que no pueden solucionarse de otra manera o por falta de descenso del feto. En el caso en cuestión, la cesárea se motivó por la falta de descenso del feto y se realizó dentro de los tiempos recomendados (menos de 4 horas desde la dilatación completa).

9.- El cuadro observado al ingreso del recién nacido en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales no concuerda con la evolución del parto, la normalidad del registro cardiotocográfico y la atención recibida durante la fase expulsiva. La corioamnionitis podría explicar el pH patológico registrado al nacimiento, debido a la acidosis metabólica secundaria a una infección general y el cuadro neurológico cerebral asociado con el síndrome inflamatorio fetal.

10.- La autopsia, si bien describe una onfalitis aguda (infección del ombligo en recién nacidos) que podría estar relacionada con un proceso infeccioso subyacente por citomegalovirus, no esclarece completamente la causa de la muerte.

11.- La desafortunada muerte fetal, cuya causa final no es fácil de esclarecer completamente a pesar de las pruebas realizadas, pudo deberse a acidosis metabólica fetal, a infección perinatal por citomegalovirus, a otras causas o a una combinación de ellas. Sin embargo, en cualquier caso, no resultó predecible.

12.- Tenidos en cuenta todos los documentos que obran en el expediente, incluido el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, consideramos que, durante el proceso de atención al parto, se actuó con la diligencia debida, mostrando una actuación cuidadosa y precisa adaptada a las circunstancias, siendo las acciones ajustadas a los protocolos en cuanto a medidas preventivas, pruebas y diagnósticos realizados, tiempos de espera y medios empleados.

Por su parte, como ya se ha indicado, en el Informe pericial que aportan los reclamantes elaborados por Especialistas en Ginecología y Obstetricia se concluye que la cesárea urgente se tenía que haber practicado 5 horas antes del momento en

que se llevó a cabo, ya que existían signos objetivos en el registro cardiotocográfico y en la valoración de la evolución del parto que indicaban riesgo de pérdida fetal, que no fueron correctamente valorados. Es decir, centran la mala praxis médica en una malinterpretación del registro cardiotocográfico, pues consideran que a las 22:30 horas se inicia un patrón en el registro cardiotocográfico patológico, el cual no cumple los estándares de un registro fetal compatible con el bienestar fetal. Según el informe, se produce un incremento de la frecuencia basal fetal a 160 lpm, siendo una basal taquicardia, con una reducción de la variabilidad e iniciando un patrón desacelerativo continuo y sin mejoría en ningún momento, durante un total de 4 horas 52 minutos, momento en el cuál a las 3:20 horas de la mañana se indica una cesárea urgente.

Pues bien, tras la retroacción del procedimiento a fin de recabar informe complementario del SIP y de Especialista en Ginecología y Obstetricia de un centro sanitario distinto al que se le imputa el daño, se confirma la existencia de responsabilidad patrimonial del SCS en el fallecimiento del hijo de los reclamantes, por cuanto el Jefe de Sección de Obstetricia Dr. (...), coincide con las conclusiones alcanzadas en el informe pericial aportado por los reclamante.

El Dr. (...) Motensino informa lo siguiente:

«Valorando la evolución final de la gestación de (...) todos los plazos son correctos y ajustados a protocolo de la RPM en gestación a término.

Sin embargo, el registro cardiotocográfico que previo a la inducción y durante la misma se encuentra en parámetros normales incluyendo desaceleraciones variables que conservan en gran parte la variabilidad a corto y largo plazo, a partir de las 23:00 h, este registro pierde la variabilidad citada y comienza un patrón que no es acorde a un expulsivo fisiológico.

Se inician, además de la pérdida de variabilidad, desaceleraciones profundas con dificultad para la recuperación y con pérdida de la línea basal. Este trazado ya anómalo se mantiene durante todo el tiempo hasta la realización de la cesárea sin episodios de recuperación fetal, lo que podría justificar el resultado final y acorde con el informe que aporta el diagnóstico de pediatría».

Finaliza el Dr. (...) afirmando que *«dada la evolución del expulsivo y del trazado ya descrito del registro cardiotocográfico la cesárea se podría haber realizado con anterioridad».*

Finalmente, el SIP en su informe concluye que *«Del análisis conjunto de dichos informes, se constata que existe coincidencia en describir como patológicos los trazados*

cardiotocográficos realizados a partir de las 23:00 horas, pudiendo las anomalías detectadas justificar el resultado final. Asimismo, se señala que el parto debería haberse finalizado a partir de ese momento (una vez alcanzada la dilatación completa a las 23:20 horas).

A la luz de los elementos obrantes en el expediente, se reconoce la existencia de una actuación médica inadecuada por parte del Servicio implicado».

Por tanto, el informe del Dr. (...) y el informe complementario del SIP, junto con el informe pericial, permiten tener por acreditado, que el registro cardiotocográfico era patológico a partir de las 22:30 horas (según informe pericial) o de las 23:00 horas (según informe Dr. (...)) por presentar pérdida de variabilidad y desaceleraciones profundas con dificultad para la recuperación y con pérdida de la línea basal, situación en la que estuvo durante un total de 4 horas 52 minutos, pues fue a las 3:20 horas de la mañana cuando se indica una cesárea urgente. En cambio el Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUC afirma que el registro cardiotocográfico fetal presenta desaceleraciones variables que fueron consideradas normales en el expulsivo y que el motivo por el que se indica la cesárea fue por no descenso de la presentación fetal, y no por signos de sufrimiento fetal, ya que según indican el registro cardiotocográfico fetal era normal, pues las desaceleraciones variables eran normales en el expulsivo.

Por tanto, al no haberse interpretado correctamente el registro cardiotocográfico que evidenciaba sufrimiento fetal y la necesidad practicar la cesárea con antelación, se considera que existió mala praxis médica, concurriendo además relación de causalidad entre dicha actuación contraria a la *lex artis* y el resultado final del fallecimiento del hijo de los reclamantes, pues es acorde con el informe que aporta el diagnóstico de pediatría reflejados al exitus de: Asfixia perinatal grave, paro cardíaco, fallo multiorgánico, Shock. Arteria umbilical única. Hipertensión pulmonar persistente neonatal. Defecto de coagulación.

Por tanto, concurren los requisitos exigidos legal y jurisprudencialmente para determinar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud, por lo que la propuesta de resolución es conforme a derecho en este punto.

5. Finalmente, resta por analizar la cuantía económica del resarcimiento indemnizatorio.

En cuanto al análisis de la valoración del daño y la cuantía indemnizatoria que corresponde reconocer a los reclamantes, procede indicar lo siguiente:

Para abordar la extensión de la obligación indemnizatoria es preciso tener en cuenta el alcance del daño causado, ponderando todas las circunstancias concurrentes. Por ello deben tomarse en consideración las siguientes circunstancias:

A la hora de la evaluación y cuantificación del daño acorde con la Jurisprudencia esta ha de ser en una ponderación razonable a la vista de las circunstancias del caso y aun sabiendo que el «pretium doloris», no está exento de subjetividad (Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de fecha 15 de marzo de 2000, RJCA 2000/93, TSJ de Extremadura de fecha 21 de diciembre de 1999, RJ 1999/59, Sentencia de 28 de febrero de 1995 del Tribunal Supremo RJ 1489) *ya que a estos el citado baremo no les vincula acorde con la Jurisprudencia* (así, Ss. 12 de febrero –recurso 326/1994–, 30 de abril –recurso 516/ 1995– y 15 de octubre –recurso 1053/1994– de 1997 en las que disponen que «*cabe convenir que la utilización de algún baremo objetivo puede ser admisible, pero siempre y cuando se utilice con carácter orientativo y no vinculante, ya que debe precisarse y modularse al caso concreto en el que surge la responsabilidad patrimonial*».

La jurisprudencia ha venido manteniendo reiteradamente que, para la fijación de la indemnización, la posibilidad de acudir, con carácter orientativo a los precedentes judiciales y a los baremos existentes en otros ámbitos, en concreto el de los daños corporales sufridos con ocasión de accidentes de circulación (STS de 22.10.2004).

En esos casos se viene admitiendo, solo con carácter orientativo, como una de las posibles vías a utilizar (pese a su carácter no vinculante y, por ello, su inaplicabilidad automática), el sistema para fijar las cuantías indemnizatorias en la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Y lo hacemos así en consideración a que proporciona seguridad y objetividad jurídica a la siempre compleja valoración de tales daños.

La posibilidad —admitida en la práctica judicial— de calcular la indemnización con arreglo a un sistema de esa naturaleza se ha trasladado a la vigente Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Así, en su art. 34.2 dispone: «*La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social*».

En la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada se solicitaba una indemnización por importe total de 210.709,52 €, calculados conforme al Baremo de Accidentes de Tráfico vigente en el momento de la lesión producida, esto es, en el Baremo de Tráfico después de su actualización de 2021, visto que los hechos tuvieron lugar en enero de 2021. Por lo que las cantidades previstas para cada progenitor son:

«Para (...):

· Por causa de muerte de su hijo73.748,33 €

· Por secuelas morales por la pérdida a partir de 12 semanas de gestación31.606,43 €

Para (...):

· Por causa de muerte de su hijo 73.748,33 €

· Por secuelas morales por la pérdida a partir de 12 semanas de gestación31.606,43 €».

Por su parte el SIP en su informe complementario considera que acudiendo a lo dispuesto en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, el cálculo de la cuantía conforme a los baremos aplicables al año 2021, fecha del hecho causante, es la siguiente:

«INDEMNIZACIONES POR CAUSA DE MUERTE TABLA 1.A PERJUICIO PERSONAL BÁSICO

Categoría 2. Los Ascendientes

A cada progenitor, si el hijo fallecido tenía hasta 30 años:. 73.748,33 €, conforme a la cuantía solicitada».

En cuanto al perjuicio personal particular (Tabla 1.B) considera que no es aplicable «secuelas morales por la pérdida a partir de las 12 semanas de gestación», por importe de 31.606,43 € al corresponder esta cuantía al cónyuge en los supuestos en que la víctima sea la madre gestante con pérdida fetal. Este no fue el caso, dado que la gestante no falleció ni sufrió una pérdida fetal intraútero, sino que el recién nacido falleció pocas horas después del nacimiento.

Efectivamente, como señala el SIP el perjuicio personal particular (tabla 1.B) consistente en «*secuelas morales por la pérdida a partir de las 12 semanas de gestación*» se encuentra en el apartado 8 que lleva por rúbrica *«Fallecimiento de víctima embarazada con pérdida de feto*», es decir, en los casos en que fallece la gestante con pérdida fetal, que no fue el caso.

Los reclamantes en su escrito de alegaciones en el segundo trámite de audiencia parecen aceptar la improcedencia de la indemnización por este concepto, al no hacer alusión a él y reducir el importe reclamado a la cantidad total de 206.864,07 €, frente a los 210.709,52 € inicialmente reclamados. Pero contemplan otro perjuicio personal particular que es el fallecimiento del único hijo que da lugar al incremento del 25% sobre el perjuicio personal básico.

Efectivamente, en dicha tabla 1B «perjuicio personal particular», se contempla que el fallecimiento del único hijo supone un incremento del 25% sobre el perjuicio personal básico. Lo cual se alega por los reclamantes en el trámite de audiencia y no se ha aplicado en este caso, según la Propuesta de Resolución.

Por tanto, se considera que, valorando las circunstancias concurrentes y aplicando el baremo de Accidentes de Tráfico vigente en el momento de la lesión producida, la indemnización reconocida en la Propuesta de Resolución (147.496,66 €) debe incrementarse en un 25% como perjuicio personal particular en los términos indicados, y sin perjuicio de su actualización conforme al Índice de Garantía de la Competitividad previsto en el art. 34.3 LRJSP, así como de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización, que se exigirán de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, conforme a lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que estima parcialmente la reclamación formulada, se considera conforme a Derecho, en cuanto al reconocimiento de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, no así respecto a la cuantía indemnizatoria reconocida que debe incrementarse en los términos expuestos en el apartado 5 del Fundamento IV del presente Dictamen.