



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 25 de julio de 2000 D^a. M. C. F. O. presenta, ante la Dirección Provincial del INSALUD en Murcia, reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de indemnización por los daños causados a su hijo menor de edad, M. C. F., como consecuencia de la asistencia prestada por los servicios sanitarios del INSALUD durante el parto del que fue atendida el día 22 de noviembre de 1999 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Según la reclamante, ingresó en dicho Hospital el día 18 de noviembre de 1999 por presentar contracciones, y el siguiente día 22, a las 11 de la mañana, se comprobó que tenía el "agua sucia", trasladándola al paritorio para dilatación, lugar en el que, más tarde, detectaron que se había "escapado el cordón", lo que motivó que le practicaran urgentemente una cesárea. Debido a la negligente actuación de las personas que la asistieron en el parto, dice la interesada, su hijo sufrió lesiones consistentes en una encefalopatía crónica por hipoxia-isquémica y crisis convulsivas neonatales. Finaliza su escrito solicitando una indemnización de 25.000.000 pesetas (150.253,02 euros) por las gravísimas secuelas que padece su hijo.

SEGUNDO.- Con fecha de registro de salida de 4 de septiembre de 2000, el Subdirector Provincial de Asistencia Sanitaria del INSALUD comunica a la interesada la recepción de su reclamación, el órgano encargado de su tramitación, el plazo para la resolución y el efecto del silencio administrativo. En la misma fecha solicita del Hospital Virgen de la Arrixaca parte de reclamación debidamente cumplimentado, la copia cotejada de la historia clínica y los informes de los profesionales que atendieron a la paciente. Finalmente también remite copia de la reclamación a la Subdirección General de Inspección Sanitaria (Área de Gestión de Responsabilidad Sanitaria), así como a la Compañía de Seguros M. I., S.A.S.

TERCERO.- De las historias clínicas de la reclamante y de su hijo, así como de los informes de los médicos que asistieron a la Sra. F. durante el parto, así como de los que atendieron al recién nacido, es de destacar lo siguiente:

- La paciente, primigesta de 23 años, grupo 0 negativo, de 40+3 semanas de gestación, ingresa en el Hospital Virgen de la Arrixaca el día 18 de noviembre de 1999, al iniciar dinámica uterina.
- La gestación, hasta ese momento, había evolucionado correctamente. Al ingresar presentaba: Cervix posterior, semiborrado, blando y cerrado; bolsa íntegra; monitores seriados con feto reactivo, sin dinámica uterina; prueba de oxitocina negativa; tensión arterial (TA) de 140/90 y 120/95. Se le instauró tratamiento con reposo en cama, Valium 5 mg., control TA cada seis horas, monitor diario.
- El día 19 de noviembre se realiza ecografía que evidencia la existencia de un feto único, con actividad cardíaca y movimientos positivos, con presentación cefálica, con placenta de inserción en cara anterior tipo III-IV y cantidad de líquido amniótico (LA) normal. La prueba de oxitocina resultó negativa. La monitorización de ese día es idéntica a la del anterior, es decir, feto reactivo y sin dinámica uterina.
- El día 20 de noviembre la paciente presenta en la exploración unas condiciones obstétricas similares al día del ingreso, y el monitor vuelve a mostrar un resultado idéntico al de los días pasados.

-El día 21 de noviembre se repite el mismo resultado en el monitor, y la paciente está apirética y normotensa.

-El día 22 de noviembre, con 41 semanas de gestación, la situación era la siguiente: La monitorización revela que el feto está reactivo, normal y que no hay dinámica uterina; a la exploración el cuello es permeable a un dedo, borrado, fino y rígido; de la amnioscopia resulta que el LA está teñido (++). Se le realiza amniorrexis artificial a las 10:50 y se la baja a dilatación para inducción al parto por LA teñido.

-Durante la dilatación la paciente se encuentra monitorizada manteniéndose el feto reactivo, normal. Se realizan exploraciones a las 12:30, 15:15 y 16 horas, en las que se comprueba que el progreso de la dilatación cervical y el descenso de la presentación son los adecuados. A las 13:45 horas la TA de la paciente era de 113/67, se instaura epidural y a las 16 horas la dilatación era casi completa.

-Seguidamente la paciente pasa a paritorio, y por no progresión del período expulsivo al existir una desproporción pelvi-fetal, se indica cesárea urgente. En el antequirófano se vuelve a explorar a la paciente y se evidencia que el cordón está prolapsado, por lo que se procede a practicarle a las 17:20 horas una cesárea urgente. En el transcurso de la operación se comprueba que el feto lleva una circular de cordón al cuello.

-Nace un varón de 3,160 Kgs., con Apgar 1/3/4, que ingresa en UCI neonatal, donde se le conecta a un respirador. Al poco tiempo de ingresar tiene crisis convulsivas. A los siete días de vida se le retira tubo endotraqueal y a los ocho días se le traslada a neonatología.

-El día 10 de diciembre de 1999 es dado de alta con el siguiente resultado de exploración con postura simétrica en semiflexión, tono pasivo simétrico, y normal en miembros. En eje, tono disminuido, especialmente flexor. ROT vivos, simétricos, no clonus. Pares centrados. Reflejos arcaicos presentes, pero aparecen lentos y débiles.

-Según el informe de la Sección de Neuropediatría del Servicio de Pediatría de 29 de marzo de 2000, se observa en el menor una actividad bioeléctrica cerebral dentro de límites normales para la edad del paciente. A los cuatro meses presentaba una leve asimetría del tono pasivo mayor en hemisferio izquierdo. Tiene sostén cefálico conseguido, no manipulación voluntaria. Está atento al medio aunque con reactividad algo inferior a su edad cronológica.

-El Equipo de Atención Temprana señala en su informe de 19 de septiembre de 2000, que el niño presenta en general unos niveles adecuados a su edad en los aspectos cognitivos, mientras que se ha acentuado el desfase en los aspectos motores y manipulativos.

CUARTO.- La Inspección Médica emite informe en el que, tras sintetizar las actuaciones llevadas a cabo en el centro sanitario desde el ingreso de la paciente hasta el nacimiento de su hijo, concluye del siguiente modo:

"La paciente ingresó el día 18 de noviembre de 1999 realizándose exploración física y monitorización, siendo normales.

El día 19 se realiza monitorización, no mostrando dinámica uterina y feto reactivo, así como ecografía con resultados normales.

El día 20 se realiza nuevo monitor que es normal y exploración física similar al día del ingreso.

El día 21 se realiza nuevo monitor que señala reactividad fetal sin dinámica uterina.

El día 22 del monitor es informado como feto reactivo, normal sin dinámica. La amnioscopia señala líquido teñido; se realiza amniorrexis artificial y baja a dilatación para inducción al parto. Durante el período de dilatación la paciente se encuentra monitorizada con feto reactivo normal. Se realizan tres exploraciones desde las 12,30 horas hasta las 16 horas; la presentación desciende de manera adecuada.

A las 16 horas, la presentación se encuentra en primer plano con dilatación casi completa por lo que pasa a paritorio.

Por no progresión del período expulsivo, debido a una desproporción pélvico-fetal se decide cesárea urgente; en el antequirófano se determina la existencia de prolapso de cordón; se practica cesárea a las 17,20 horas comprobándose la existencia de una circular de cordón en torno al cuello del RN que ingresa en UCI neonatal.

El diagnóstico de monitor patológico requiere de una rápida respuesta de inducción al parto, siendo el signo de detección de anoxias neonatales más patognomónico.

Desde el ingreso en el hospital se realizan a la paciente las pruebas necesarias para determinar los signos de sufrimiento fetal comprobándose mediante monitorización diaria.

Todos los monitores efectuados fueron normales, mostrando reactividad fetal y falta de dinámica uterina.

Posteriormente, ante la comprobación de signos de sufrimiento fetal (líquido amniótico teñido), se induce el parto. Ante la falta de progresión del expulsivo por desproporción pélvico-fetal, y posteriormente, prolapso de cordón, se optó por la práctica de cesárea urgente, comprobándose cordón umbilical circular en torno al cuello. Por tanto la indicación de la cesárea fue correcta (desproporción pelvi-fetal y circular de cordón).

A la vista, pues, de la historia clínica y del informe emitido por los profesionales, no se desprende una actuación irregular de los facultativos tocólogos ante la evolución clínica del parto, sino que, al contrario, se actuó con diligencia y rapidez cuando aparecen los signos de sufrimiento fetal.

No puede establecerse claramente la etiología de la anoxia neonatal sufrida por RN (probablemente el prolapso del cordón), pero ésta no tiene como causa la actuación facultativa en el seguimiento y atención al parto".

Termina su informe proponiendo la desestimación de la reclamación.

QUINTO.- Mediante escrito fechado el día 13 de julio de 2001 el órgano instructor remite a la compañía aseguradora copia del expediente. Seguidamente, a requerimiento de la Subdirección General de Inspección Sanitaria, dicha documentación se completa con la monitorización realizada a la Sra. F. durante el parto, al objeto de que sea examinada, con el resto del expediente, por la Comisión de Seguimiento del seguro de responsabilidad del INSALUD.

SEXTO.- Con fecha 6 de marzo de 2002 tiene entrada en el registro general de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, escrito de la aseguradora por el que comunica que la Comisión de Seguimiento ha estimado que no procede acceder a la reclamación de indemnización deducida por la Sra. F.. Asimismo acompaña informe emitido por el perito de dicha aseguradora, Dr. D. F. R. S. M., especialista en ginecología y obstetricia, del que destaca, a los efectos que nos ocupan, lo siguiente:

- Según se desprende de la historia clínica, no se produjo una situación de sufrimiento fetal que se prolongara en el tiempo y que anunciara dificultades en el adecuado intercambio gaseoso materno fetal, hasta que debió producirse súbitamente el cese brusco del aporte sanguíneo al feto por la compresión del cordón umbilical (la procidencia de cordón umbilical puede ser un hecho muy súbito), con el consabido cese en el suministro de gases y, por ende, asfixia neonatal.

- Además del prolapso del cordón, durante la cesárea se pudo observar la existencia de una circular arrollada al cuello del feto, otro hecho potencialmente nódico que viene a confirmar que el cordón umbilical era extremadamente largo.

- La concurrencia de las circunstancias descritas anteriormente (prolapso y circular del cordón arrollada al cuello) se presentan como las posibles causas de la hipoxia isquémica sufridas por el feto, pero, a tenor de las anotaciones contenidas en la historia clínica, se puede afirmar que se realizaron todos los controles preceptivos para asegurar el bienestar fetal ante e intraparto,

por lo que se puede afirmar que se siguió un orden protocolizado de actuación y *"que esa actuación fue correcta y el despistaje de sufrimiento fetal fue el adecuado"*.

- El descenso o desplazamiento funicular es un accidente, una urgencia obstétrica por excelencia, con una alta tasa de mortalidad perinatal y frecuentes daños neurológicos porque llegan a producir el cese brusco del aporte de oxígeno necesario para que el feto respire y que se resuelve indicando una cesárea urgente, tal como se hizo.

- El exceso de longitud del cordón umbilical, como parece que era el caso ya que el feto además presentaba una circular al cuello, junto a una deficiente adaptación de la presentación fetal a la pelvis, puede explicar el prolapso, al insinuarse éste entre el feto y la pelvis.

- El diagnóstico del prolapso no es siempre posible por tacto o por monitorización cardiotográfica, ya que según el grado de descenso y compresión pueden ser de distinta intensidad, llegando a ser en algunos casos tan importante como para producir una anoxia total de forma súbita.

Concluye afirmando que no existe responsabilidad profesional de ningún tipo y que, por tanto, no procede estimar la reclamación.

SÉPTIMO.- Conferido a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia, presenta escrito en el que se ratifica en la imputación de las lesiones padecidas por su hijo a la asistencia recibida. Considera que en la atención médica prestada se produjo una grave negligencia por parte de los responsables sanitarios del centro hospitalario que, una vez aparecidos los signos de sufrimiento fetal, tardan más de cinco horas en practicar la cesárea. Acompaña, a efectos de cálculo de la indemnización, un informe realizado por A. en el que se evalúa el retraso general en el desarrollo que presenta el niño.

OCTAVO.- Con fecha 30 de septiembre de 2004, la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial, al no haber acreditado la interesada que las lesiones que padece su hijo sean consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 14 de octubre de 2004.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

El Dictamen ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, según preceptúa el artículo 12.2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, procedimiento y plazo.

La Sra. F., como madre del menor de edad M. C. F., circunstancia que se desprende indubitadamente de la documentación obrante en el expediente, ostenta, a tenor de lo preceptuado en el artículo 162 del Código Civil, la representación de su hijo y, por lo tanto, se encuentra legitimada para deducir la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen.

En lo que se refiere a la legitimación pasiva, tras el traspaso de funciones y servicios en

materia de asistencia sanitaria de la Administración del Estado a la Administración regional, corresponde a la Consejería de Sanidad, dando aquí por reproducidas las consideraciones efectuadas al respecto por este Consejo en nuestro Dictamen 65/2002.

Las peculiaridades procedimentales de este expediente radican en el carácter bifásico de su tramitación, puesto que fue iniciado y tramitado por la Administración General del Estado y va a ser resuelto por la Administración regional, tras el traspaso de competencias operadas en la materia. Al sustituirse, por las transferencias de competencias, los órganos competentes para la tramitación y resolución de las reclamaciones la prosecución de las actuaciones seguidas por parte del Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud, al que corresponde la tramitación de estos expedientes según la Resolución del Director Gerente de 25 de enero de 2002 -que si bien no obra en el expediente se cita en la propuesta de resolución-, debería ir precedida, en cada caso, de una Resolución del órgano competente para iniciar e instruir los procedimientos en la citada Entidad de Derecho Público, con la designación del órgano instructor citado y la incorporación de las actuaciones seguidas con anterioridad, siendo notificada a la reclamante, que ha de conocer el estado en el que se encuentra el expediente y los nuevos órganos que han de completar la instrucción y resolver su reclamación.

Por otra parte el Consejo no puede dejar de observar que en la sustanciación de ambas fases se ha superado ampliamente el plazo máximo de resolución y notificación que el artículo 13.3 RRP establece en seis meses. Especialmente reprochable resulta el período de tiempo tan dilatado (más de dos años) transcurrido entre la fecha en que tuvo entrada en el Servicio Murciano de Salud el escrito de alegaciones de la interesada (18 de abril del 2002), y la de formulación de la propuesta de resolución (30 de septiembre de 2004), sin que, aparentemente, concorra circunstancia alguna que lo justifique, lo que colisiona frontalmente con los criterios de eficiencia, celeridad e impulso de oficio que deben inspirar la actuación administrativa. Finalmente, en cuanto al plazo para reclamar, la acción se ha ejercitado dentro del año establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 27 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "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". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas. Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concorra fuerza mayor u otra causa

de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Para la reclamante la causa del daño se encuentra en la tardanza en practicarle la cesárea una vez detectado el sufrimiento fetal, indicando que entre una y otra actuación transcurrieron más de cinco horas. Pues bien, el examen de la historia clínica y del resto de informes incorporados al expediente no permite concluir que la actuación de los facultativos del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen de la Arrixaca, en las horas previas al alumbramiento, contraviniese los dictados de la *lex artis ad hoc*, sino que, por el contrario, procedieron en todo momento con la diligencia debida.

En efecto, desde su ingreso en el Hospital la paciente fue sometida a las pruebas y controles oportunos que aseguraran su integridad y la de su hijo. Cuando se detecta que el líquido amniótico está teñido se procede, según los protocolos aplicables, a la inducción al parto, y sólo cuando éste no prospera por las circunstancias que ampliamente quedan descritas en la historia clínica y que han sido recogidas en los antecedentes del presente Dictamen, se inicia la preparación de la cesárea. Durante todo el tiempo que la reclamante permanece en el paritorio es explorada con regularidad (12:30; 15:15 y 16 horas), y permanece constantemente monitorizada, sin que en ningún momento se detectara anormalidad ni sufrimiento fetal alguno. Ya en el prequirófano, cuando se iba a iniciar la intervención y la paciente es explorada de nuevo, se detecta el prolapso del cordón y se procede, inmediatamente, a practicar la cesárea. Del relato fáctico anterior, no puede deducirse que la actuación médica fuera incorrecta. Tal como señala en su informe el Inspector Médico, aunque la etiología de la anoxia neonatal no

puede establecerse claramente, es probable que pudiera tener su origen en el prolapso del cordón (en este sentido se pronuncia también el perito de la compañía), pero, en cualquier caso, esta complicación es un accidente obstétrico, cuya respuesta exige lo que los profesionales que atendieron a la Sra. F. hicieron, es decir, practicarle urgentemente una cesárea. Frente a la valoración técnica que la Administración ha realizado a través del informe de la Inspección Médica (órgano administrativo totalmente ajeno a los servicios facultativos intervinientes), y de la que se puede concluir que no existe relación de causalidad, la interesada podría haber aportado otro u otros informes médicos que avalaran su afirmación sobre la tardanza en más de cinco horas desde que se detecta el sufrimiento fetal hasta que se la practica la cesárea. No ha sido así, sin embargo, y ello a pesar de que, conforme a los artículos 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y 6 RRP, la existencia de nexo causal es cuestión a acreditar por el reclamante.

En definitiva, los médicos del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen de la Arrixaca, actuaron en todo momento con la debida previsión a la vista de las circunstancias que se les iban presentado y, por ello, no existe nexo de causalidad entre las secuelas padecidas por el hijo de la Sra. F. y el servicio público sanitario.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, por no concurrir los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

