



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **329/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 20 de diciembre de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 10 de febrero de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otro, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **41/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 8 de mayo de 2009, x, en nombre y representación de x, y, presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido a la Consejería de Sanidad de esta Administración regional.

En síntesis, en el mismo expone lo siguiente: Con fecha 12 de septiembre de 2008, la señora x, embarazada de 41 + 1 semana, acude con su marido a las 3.00 horas de la madrugada al Servicio de Urgencias del hospital "*Rafael Méndez*", de Lorca, por contracciones y manchado. Tras monitorización fetal se decidió el ingreso, al observarse dinámica uterina irregular, y, tras exploración cervical, se decide bajarla a planta. A las 9.30 horas se realizó una nueva monitorización y aún no se alcanzaba la dilatación necesaria para iniciar el proceso activo de parto. A las 15.50 horas se avisa a la matrona por aumento de dinámica, se procede a monitorizar de nuevo y se decidió subir a paritorio para estimular el parto.

Sobre las 18.00 horas llega a paritorio, a las 18.30 horas el feto continúa sobre estrecho superior (muy alto), y el cuello de útero tenía una dilatación de 2-3 cm., debiendo alcanzar los 10 cm. para que el parto se produzca. Se realizó amniorraxis, evidenciándose la salida de líquido claro, y dado que la paciente presentaba dinámica espontánea no se instauró goteo con oxitocina, dejando evolución espontánea del parto, lo que se contradice con lo establecido en el informe de alta -"*método de inducción: oxitocina*". Añaden los reclamantes que en el registro de la monitorización no se muestra un paralelismo entre la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y las contracciones uterinas. Así, se observan trazados, algún Dip II, que podría indicar problemas de oxigenación en el feto y algún trazado de bradicardia que es indicativo de sufrimiento fetal. Asimismo, si el horario que figura en el registro es correcto, se observa que a pesar de que el parto era inducido por oxitocina (según informe de alta) las contracciones uterinas disminuyen de intensidad y frecuencia (desde las 13.05 horas a las 15.40 horas), lo que confirma la no progresión del parto.

Sobre las 22.11 horas la paciente fue valorada por el Ginecólogo, continuando la misma situación en cuanto a la

localización del feto y a la dilatación del cuello del útero, produciéndose expulsión de meconio, por lo que se procedió a realizar una cesárea urgente. En el protocolo de la intervención se indicaba con cuatro signos + la intensidad del líquido meconial, lo que constituye signo claro de mal pronóstico.

Siguen alegando los reclamantes que en las monitorizaciones debería ser exigible que los marcadores de los registros correspondieran a la realidad en fecha y hora, lo que no sucede en este caso, con horas repetidas y fechas imposibles; de cualquier forma, se aprecia en los registros que no hay correlación normal entre las contracciones del útero y la actividad cardíaca del feto, lo que debería haberse tenido en cuenta para la decisión de la cesárea. Al nacimiento, la recién nacida presentaba distress respiratorio, acidosis respiratoria severa que persiste a las 4 horas de vida y ph 7.07, que luego aumenta a 7.17, produciéndose finalmente fallo progresivo en la oxigenación y exitus a las 11 horas de vida. El informe de exitus señala que la recién nacida *"al nacimiento presenta cianosis intensa, braquicardia y ausencia de esfuerzo respiratorio"*; y el test de Apgar en el primer minuto, de cuatro, era específico, sensible y altamente predictivo de acidosis fetal.

A partir de lo anterior, los reclamantes consideran que existió una falta de vigilancia efectiva del trabajo de parto, pues había evidencias de que el parto no progresaba y el registro de la monitorización fetal de la frecuencia cardíaca no garantizaba el bienestar del feto, circunstancias que no fueron consideradas en su debido momento, y que cuando se decidió la cesárea el daño era ya inevitable, produciéndose el fallecimiento de la recién nacida. Finaliza expresando que no puede determinar todavía la cuantía de la indemnización reclamada, lo que realizará posteriormente.

Al reseñado escrito se adjunta una escritura de poder, parte de la historia clínica de la paciente, relativa al parto, y un informe, sin fecha, de las doctoras x, y, y del doctor x, del que se desprende que atendieron a la paciente en el referido hospital.

Dicho informe expresa lo siguiente:

"Paciente de 34 años con antecedentes personales de hernia de hiato leve, ingreso por pielonefritis en el 2003 y aborto anterior, que acude a urgencias en la semana 40 + 5 de gestación por dinámica uterina y manchado a las 3 AM del día 12 de Septiembre.

Se decide ingreso tras realización de monitorización fetal, al objetivar existencia de dinámica uterina irregular en el mismo y tras exploración cervical (cérvix formado permeable a dedo) se decide bajar a planta en conducta expectante tras verificar bienestar fetal (feto reactivo).

Ese mismo día a las 9.30 horas se realiza nueva monitorización fetal, comprobándose de nuevo que el feto está reactivo y que se están modificando condiciones cervicales, pero que aún no alcanza la dilatación para considerar inicio de periodo activo de parto.

A las 13 horas, se vuelve a valorar a la paciente debido a la sintomatología de la misma y, dado que la exploración es similar a la anterior, se decide, previo consentimiento por parte de la gestante, administración de analgésico para sobrellevar mejor esta etapa del parto.

A las 15,50 horas, siendo de nuevo avisada la matrona de planta del aumento de dinámica por parte de la paciente, se monitoriza de nuevo la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica, y tras revaloración de condiciones obstétricas se decide subir a paritorio para estimular el parto.

La paciente llega a paritorio sobre las 18.00 horas, se realiza amniorrexis sobre las 18.30, evidenciándose salida de LA claro. Dado que la paciente presenta dinámica espontánea no se instaura gotero con oxitócicos, dejando evolución espontánea del mismo. En todo momento el feto está monitorizado a la vez que se vigila estado materno y dinámica.

A las 22.30 horas es explorada de nuevo, evidenciándose en ese momento la salida de LA meconial y, dada la progresión lenta de la dilatación, se decide cesárea, ya que el LA teñido por sí sólo no constituye un motivo de la misma.

El feto lloró en campo operatorio tras la extracción del mismo y el PH en arteria umbilical fue de 7.242 (normal), lo que pone de manifiesto que el feto no presentaba hipoxia.

Hechos a destacar:

La fase de latencia o de preparto es un periodo mal definido de tiempo en el que se producen contracciones esporádicas e irregulares y modificaciones del cuello uterino que puede durar varias horas e incluso días. El comienzo del parto tiene lugar cuando la dilatación cervical alcanza 2-3 cms. y las contracciones ocurren con periodicidad de 2-3 en 10 minutos, por lo que la paciente que nos ocupa comenzó su fase activa a las 18.00 horas.

Tanto la paciente como su hija están controladas en todo momento mediante monitorización continua en la sala de dilatación, como se hace normalmente en nuestro servicio, y de acuerdo con los protocolos de nuestra sociedad la exploración vaginal se realiza cada 2-4 horas.

La amniorrexis artificial se realiza a las 18.30 horas, no evidenciándose en ese momento LA teñido y así se hace constar en el partograma. La comprobación de LA meconial se realiza a las 22.30 horas, indicándose en ese momento la cesárea, aunque la existencia de meconio NO CONSTITUYE POR SI MISMA UNA INDICACIÓN DE CESÁREA, solamente de finalización de la gestación.

El peso fetal nunca es conocido fehacientemente previo al nacimiento, existiendo solamente en el mejor de los casos una estimación ecográfica orientativa, pero nunca definitiva de finalizar el parto por vía abdominal.

El PH en arteria umbilical constituye EL MEJOR Y MAS OBJETIVO INDICADOR del estado del recién nacido. En nuestro caso todos los valores gasométricos estaban en los límites normales.

La aspiración meconial es un hecho poco frecuente e imprevisible, pero que resulta grave y lamentablemente mortal en algunos casos como el que nos atañe, debido a la neumonitis química que produce, a pesar de la correcta actuación y aplicación de técnicas para intentar evitarlo".

SEGUNDO.- Con fecha 20 de mayo de 2009, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a las partes interesadas. En la misma fecha se procedió a solicitar a la Gerencia del Área de Salud III, de Lorca, copia de la historia clínica sobre los hechos a que se refiere la reclamación, e informes de los facultativos intervinientes.

TERCERO.- Mediante oficio de 14 de julio de 2009 se remite la historia clínica de la reclamante en el hospital "Rafael Méndez" y en el Centro de Salud de Puerto Lumbreras, así como dos informes:

- Un informe de 19 de junio de 2009, de las doctoras x, y, especialistas en Obstetricia y Ginecología del citado hospital, en el que expresan lo siguiente:

"El Informe de la atención a la paciente x se envió en noviembre del 2008 (debe referirse al aportado por los reclamantes).

- La interpretación de la monitorización fetal, así como de las condiciones evolutivas del parto, pertenece al personal facultativo que valora a la paciente en cada parto y en cada preciso momento.*
- La acidosis es un dato única y exclusivamente bioquímico que lo da el PH de arteria umbilical, en el caso que nos compete, como ya se indicó, fue de 7.242 a la extracción fetal. No hay otra prueba más objetiva que esa, de la cual se desprende que el parto no es la causa de la morbilidad en este caso.*

Como ya se indicó, la aspiración del meconio es un accidente impredecible.

- La administración de oxitocina no aparece registrada en el partograma, que es el documento oficial del proceso asistencial del parto, y esto es lo que procede, ya que en ningún momento se documenta intención de inducir el parto."*

- Un informe de 30 de junio de 2009 de la doctora x, del Servicio de Pediatría de dicho hospital:

"Con respecto al punto SÉPTIMO de la reclamación: todas las gasometrías realizadas a la recién nacida muestran acidosis respiratoria severa como se indica en informe clínico de éxitus. Esta acidosis respiratoria es debida a insuficiencia respiratoria aguda por el contenido de meconio que se encuentra a nivel pulmonar y la dificultad de intercambio gaseoso.

Es una posibilidad certera que un niño con aspiración meconial presente esfuerzo respiratorio en campo operatorio y que segundos después realice un fallo respiratorio progresivo y severo. Por tanto, puede presentar ausencia de esfuerzo respiratorio cuando es valorado por pediatra. Si no se recupera completamente al primer minuto de vida el test de Apgar será bajo, como ocurrió en este caso".

CUARTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería de Sanidad y Política Social, fue emitido el 15 de junio de 2011, en el que, tras analizar detalladamente los hechos que se desprenden de la historia clínica y realizar diversas consideraciones sobre diversas patologías posibles en el parto, formula las siguientes conclusiones:

"1.- x, gestante con embarazo a término, es ingresada por pródromos de parto en el Hospital Rafael Méndez. La conducta obstétrica que se le practicó fue la correcta, se le exploró, se tomaron constantes y se practicó monitorización fetal. No tenía antecedentes médicos relevantes. A las 6 horas del ingreso se le realiza otro monitor fetal, también se realiza una ecografía, se explora a la gestante, lo que se repite a las 13 horas y a las 15 horas 50 minutos. La gestante está controlada adecuadamente.

2.- Se traslada a paritorio sobre las 18 horas, en la exploración la dilatación del cuello estaba en los 2-3 cm., el feto está en el estrecho superior. A las 18 H 30 minutos se le practica amniorrexis como conducta estimuladora de parto, que no evidencia líquido teñido, en ningún registro se objetiva que se estimulara el parto mediante oxitocina.

3.- En cuanto a los monitores realizados, es cierto que las horas que se registran no corresponden a la realidad, sin embargo, se pone a bolígrafo en todos los monitores la hora en la que se inicia el registro y a partir del inicio son correlativas de 10 en 10 minutos.

4.- En ninguno de los monitores se objetiva una frecuencia cardíaca francamente patológica, la gestante está monitorizada permanentemente desde que llega a paritorio (por encima de las recomendaciones de la SEGO). En el último tramo del registro realizado desde las 18:30 H hasta la realización de la cesárea, la variabilidad en la frecuencia cardíaca fetal está disminuida, lo que podría ser un signo de aviso de sufrimiento fetal, que, si no se corrige, se asocia a desaceleraciones o hay una ausencia total de variabilidad, la indicación es finalizar el parto.

5.- La definición de parto obstruido o detenido es aquel en el que el trabajo de parto dura más de 12 horas, lo que no sucedió en este caso. Hay que recordar que incluso si hay una prolongación excesiva de la dilatación, este (es) un cuadro que se controla y que sólo requiere un mínimo y oportuno seguimiento clínico, la gestante estaba monitorizada y se le exploró tras la amniorrexis y a las 4 horas de la misma (de acuerdo a recomendaciones de SEGO)

6.- Cuando aparece líquido teñido de meconio (sobre las 22 horas 30 minutos) se recoge con cuatro cruces, es decir abundante, se opta por una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Aunque el líquido manchado no es patognomónico de sufrimiento fetal, sí es indicativo y dada la poca progresión de la dilatación, la conducta fue correcta. La cesárea se realiza a las 23 H 5 m. aproximadamente a los 30 minutos del hecho.

7.- La niña hace un Síndrome de aspiración meconial masivo (SAM) correctamente tratado en el servicio de

pediatría. De los niños que desarrollan SAM el 4 por ciento fallece, constituyendo el 2 por ciento de todas las muertes perinatales. El SAM se confirmó en la necropsia, que encontró en ambos pulmones, en los bronquios de mayor tamaño, en los bronquiolos y en los espacios alveolares abundante material meconial, encontrándose la luz prácticamente ocluida en estos últimos.

8.- En el informe de los ginecólogos se dice que la niña lloró en el campo operatorio, es una posibilidad, cierta, el que la niña desarrollara un fallo respiratorio posterior progresivo. Todas las analíticas, incluida la primera, muestran alteraciones del equilibrio ácido-base, debida a la insuficiencia respiratoria aguda por el contenido de meconio en el sistema respiratorio.

9.- Las actuaciones de los profesionales en todo momento fue adecuada y ajustada (sic) a lex artis."

QUINTO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 17 de junio de 2011, elaborado por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología, aportado por la compañía aseguradora del SMS en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas sobre la asistencia dispensada a la paciente, concluye lo siguiente:

"1. Se trata de una reclamación por una actuación incorrecta en la atención en el parto, que derivó en la muerte fetal por síndrome de aspiración meconial.

2. Al nacimiento no hubo signos de hipoxia perinatal grave. El deterioro de la recién nacida progresivo se debió al distrés respiratorio por el síndrome de aspiración de meconio.

3. Las causas de un meconio intraparto son la hipoxia fetal y la infección. En este caso lo más probable es que se debiese a un estado de hipoxia fetal crónica de origen prenatal en la que el parto actuó como una situación desencadenante.

4. La conducción médica del parto fue correcta. El control fetal se hizo con la metodología adecuada, sin que existieran patrones patológicos de la frecuencia cardíaca fetal que exigiera una extracción fetal más precoz.

5. A la vista del patrón de la frecuencia cardíaca fetal intraparto y dados los datos postnatales, no existió una situación de hipoxia fetal severa intraparto.

6. A la vista de la evidencia científica actual, en el síndrome de aspiración meconial severa existe un daño pulmonar ya establecido previamente al parto, de forma que un parto, aun siendo normal, podría actuar como factor desencadenante.

7. La actuación de los profesionales intervinientes fue acorde a Lex Artis ad Hoc, sin que haya evidencia de actuación negligente alguna en las actuaciones valoradas."

SEXTO.- Otorgado trámite de audiencia y vista del expediente a los interesados, no consta su comparecencia ni la presentación de alegaciones.

SÉPTIMO.- El 23 de enero de 2012 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes médicos emitidos en el procedimiento, que no se ha acreditado la existencia de infracción a la "*lex artis ad hoc*" en la materia, por lo que, de acuerdo con reiterada jurisprudencia, no existe la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente necesaria para generar la responsabilidad patrimonial administrativa.

OCTAVO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad 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, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes está legitimados para solicitar indemnización por los daños alegados, de carácter moral, derivados del fallecimiento de su hija recién nacida.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, vista la fecha de las actuaciones sanitarias en cuestión y la de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los

trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

Por otra parte, constando en el expediente la interposición de recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, deberá tenerse en cuenta que no procederá dictar resolución expresa si en tal momento constara haber recaído sentencia sobre el fondo del asunto, al tratarse entonces de una cosa juzgada.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del

tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

Los reclamantes imputan a la actuación de los servicios sanitarios del hospital "*Rafael Méndez*" una falta de vigilancia efectiva del trabajo de parto, pues alegan que había evidencias de que el parto no progresaba y que el registro de la monitorización fetal de la frecuencia cardíaca no garantizaba el bienestar del feto, circunstancias que no fueron consideradas en su debido momento, de modo que cuando se decidió la cesárea el daño era ya inevitable, produciéndose el fallecimiento de la recién nacida.

Sin embargo, no se aporta ningún informe médico que avale tales imputaciones y, a cambio, tanto el informe de los facultativos que atendieron el parto, aportado por los propios reclamantes con su escrito inicial, como los dictámenes realizados por la Inspección Médica y la compañía aseguradora del SMS, analizan detalladamente el proceso asistencial seguido y consideran que no se incurrió en mala praxis sanitaria alguna. El hecho de que en el informe de alta se consignara, por error, que se estimuló el parto con oxitocina, o la incorrección de fechas y horas consignadas en los registros de monitorización fetal, hecho corregido no obstante en la documentación remitida, según indica el informe de la Inspección Médica, en modo alguno acreditan la existencia de una actuación médica incorrecta, pues dichos informes señalan que se actuó correctamente a la vista de la situación que iba presentando la embarazada, con un adecuado control fetal, y sin que sea imputable a los servicios médicos el síndrome de aspiración meconial intraparto que determinó el fallecimiento de la recién nacida.

En definitiva, la falta de toda alegación y contradicción de la reclamante respecto de las conclusiones del informe de la Inspección Médica, impide que pueda considerarse debidamente acreditada la concurrencia de la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, requisito legalmente imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial administrativa. En consecuencia, y conforme con lo expresado en la Consideración Tercera, no procede reconocer la responsabilidad patrimonial pretendida.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No se ha acreditado la existencia de la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente necesaria para generar la responsabilidad patrimonial de la Administración Regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta de este Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

