



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **331/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 2 de diciembre de 2013, 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 21 de marzo de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **106/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 26 de enero de 2012, x presenta ante la Delegación del Gobierno en la Región de Murcia, escrito dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS) en el que expone:

1. Que el día 16 de agosto de 2010 acudió a la Unidad Ginecológica de Apoyo del Servicio Murciano de Salud en Puente Tocinos, para que le realizaran la ecografía básica del primer trimestre de gestación. Tras su realización le comunican que los resultados eran normales, sin que hubiese riesgo alguno de trastorno genético.
2. Que al día siguiente fue al Centro de Salud para que le realizaran el análisis de cribado prenatal, que tiene como objetivo detectar un posible síndrome de Down.

Le comunican que los resultados entran dentro de los parámetros normales, sin embargo la reclamante observa que al pie del resultado del análisis se había añadido de forma manuscrita la expresión "riesgo ojo". Interrogada la matrona por este apunte, le dijo que no sabía quién lo había puesto, pero que no se preocupara porque los resultados eran normales.

3. Que el siguiente día 18 la reclamante se persona en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, donde le practican la ecografía de la semana 20, indicándole que no se observan signos de malformación fetal.

4. Que tampoco en la ecografía correspondiente a la semana 34 que se hizo el día 13 de enero de 2011, se

detectó anomalía en el feto.

5. Que a pesar de lo anterior, el día 3 de febrero de 2011 dio a luz un niño con Síndrome de Down.

Considera que durante el seguimiento de su embarazo hubo una clara negligencia del SMS. En la prueba de la translucencia nuchal no se reflejaron los parámetros reales, sino unos equivocados. En la analítica que se le realizó al día siguiente de la ecografía del primer trimestre, se detectaron unos índices alejados de los considerados normales, sin que fuera informada de ello, lo que la privó de la posibilidad de solicitar la amniocentesis. En todo momento se le aseguró que el riesgo era bajo.

Manifiesta la x que el mantenimiento de su hijo le supone unos cuidados, atenciones y gastos especiales, por lo que solicita una indemnización de 90.000 euros.

Junto a su reclamación presenta informe de la ecografía básica del primer trimestre del embarazo de fecha 16 de agosto de 2010, donde consta el resultado de 1,7 mm en la prueba de la translucencia nuchal (TN) (folio 4); análisis de cribado prenatal (folios 5 y 6); copia de la cartilla maternal de la embarazada (folios 7 a 11); informe de la Unidad de Medicina Fetal de fecha 18 de octubre de 2010, con el siguiente diagnóstico *"no se observan signos obvios de malformación fetal."* (folio 12).

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, se notifica a la interesada, así como al Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), Hospital General Universitario Reina Sofía; a la aseguradora del SMS y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria. A los hospitales se les solicitó la remisión de las historias clínicas de la paciente, así como los informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- Los requerimientos se cumplimentaron incorporándose al expediente la historia clínica de x y los siguientes informes sanitarios:

1. Del Dr. x, Ginecólogo de la Unidad de Apoyo (UGA) del Centro de Salud de Puente Tocinos, del siguiente tenor:

"PRIMERO.

Como norma habitual dictada desde la Dirección, durante los meses de verano, fui enviado el día 16 de Agosto de 2010, por una notificación de la Dirección Médica del Hospital Virgen de la Arrixaca, para pasar consulta en la UGA del Centro de Salud de Santa María de Gracia, sustituyendo a una compañera ginecóloga en el desempeño de mi actividad semanal, 2 días a la semana en la UGA del Centro de Salud de Puente Tocinos donde yo pertenezco y 3 días en la otra UGA o viceversa. En estos casos, yo solía llevar conmigo a la otra UGA, los informes ecográficos pertenecientes a Puente Tocinos, para poder rellenarlos en el momento de hacer la ecografía, ya que en la UGA de Santa María de Gracia, no utilizan informes, solo escribe la ginecóloga en la cartilla maternal de la embarazada. Esto explica por qué el membrete del informe ecográfico es de UGA de Puente Tocinos y el registro de la analítica y la matrona de la UGA de Santa María de Gracia.

SEGUNDO

La ecografía del primer trimestre que yo realicé a la gestante x, para descartar el riesgo alto del Síndrome de Down, por un cálculo combinado entre la analítica de la propia embarazada y el dato de Translucencia nucal o bien llamado el pliegue nucal, para sacar en conclusión lo que se llama "Riesgo ajustado o Riesgo combinado". Si las cifras dan por debajo 1:270 se considera Riesgo alto y si dan por encima se considera Riesgo bajo. En el caso de x los valores daban 1:4457 lo que se considera Riesgo bajo, por eso no se le remitió para Amniocentesis.

TERCERO.

A) Estos estudios o estas pruebas están basados en conceptos estadísticos y nunca hay seguridad 100 %. Por eso la misma palabra lo explica claro tanto en riesgo alto o riesgo bajo sigue presente la palabra "RIESGO". En definitiva es un estudio de probabilidades con margen de error, es decir no es un diagnóstico definitivo sino simplemente una idea más aproximada de las probabilidades estadísticas de que el feto tenga una anomalía cromosómica

B) En el escrito que presentó la señora menciona que: "al pie de los resultados del análisis -riesgo ojo-". En realidad es todo lo contrario lo que está escrito es: Riesgo bajo, no Riesgo ojo.

C) Efectivamente tal como lo expone en su escrito la interesada: los valores de su sangre reflejados en la analítica de ella acorde a sus semanas de gestación, la Beta-HCG libre estaba alta, pero no estaba tan alta como para transformar el cálculo en riesgo alto, lo mismo pasaba con los niveles de PAPP-A no daban tan bajos.

D) En cuanto a la TN (Translucencia nucal), solo el 80% de los Síndromes de Down reflejan TN mayor o por encima de 3 mm, incluso otros autores dan solo el 70%. Esto quiere decir que 20-30% de los de Síndromes de Down tienen TN normal por debajo de 3mm. En este caso el feto de x a las 12,3 semanas de gestación solo mostraba 1.7 mm.

E) La reclamante x dice que la ecografía del primer trimestre realizada por mí, se reflejaron parámetros equivocados de TN (Translucencia nucal)..., esto será porque se lo imagina, porque no veo adjuntado ningún informe ecográfico de otro facultativo que muestre otro valor de TN, mayor de 3 mm en las mismas semanas de gestación.

F) También en su escrito me acusa de negligencia. Negligencia sería si se presentase en la consulta y no se le realizase, por ejemplo, la ecografía, o no se le registrase la TN (Translucencia nucal), o bien sería negligencia si no se le pidió la analítica para completar el cribado. No hay ningún dato para que la señora x piense, acuse y calumnie por negligencia a mi persona, sino todo lo contrario se le hizo y se le pidió todo lo que es necesario y acorde al protocolo de hoy en día".

2. De x, Matrona en el Centro de Salud de Murcia Centro, en el que señala:

"En relación a la petición que se me hace por parte de la Asesoría Jurídica de Hospital Virgen de la Arrixaca referente a la reclamación interpuesta por x, en la que se hace referencia en el punto tercero a la asistencia prestada por mí, concretamente el día 13 de septiembre del 2010, les paso a referir los siguientes hechos:

La paciente acudió a mi consulta el citado día para que le efectuase la consulta programada del seguimiento de su embarazo, en el transcurso de ésta la paciente me preguntó qué significaba una anotación a pie de analítica que le parecía indicar riesgo ojo, a lo que respondí que me resultó extraño ya que el resultado de la analítica era negativo. En el transcurso de ese mismo mes me llegaron más analíticas con la misma indicación y consulté con la UGA de referencia de x para aclarar la nota y me comentó que la nota indicaba riesgo bajo y no riesgo ojo".

3. Del facultativo x, del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUVA, con el siguiente contenido:

"En respuesta a la reclamación patrimonial presentada por x por la falta de diagnóstico prenatal de su recién nacido con Trisomía 21, realizo este informe explicando mi actuación en el proceso de diagnóstico ecográfico morfológico durante el segundo trimestre de gestación

El día 18 de octubre del 2010 acudió x a la Unidad de Medicina Maternofetal del hospital Virgen de la Arrixaca, para la realización de la ecografía morfológica dentro del grupo de gestantes de bajo riesgo en la semana de gestación 21. Se le practicó una ecografía morfológica en la que no se apreciaron malformaciones orgánicas mayores fetales evidentes, en ese momento de gestación, ni marcadores ecográficos suaves o secundarios, que pueden aparecer tanto, en fetos normales, como en fetos con trisomía 21, no debiendo ser utilizados por si solos para detectar fetos con esta aneuploidia en la población de bajo riesgo (fémur o húmero corto, foco hiperecogénico cardíaco, intestino hiperecogénico, pielectasia...).

La ecografía morfológica de segundo trimestre según la SEGO tiene como finalidad: 'La ecografía solo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos cromosómicos, etc...). Por tanto el resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el niño nacerá sin algún tipo de alteraciones o retraso mental'. Durante el estudio practicado, como así consta en el informe no se apreció ninguna anomalía morfológica física, situación que se corrobora al revisar las exploraciones tras el nacimiento (sic) al que fue sometido el recién nacido.

La exploración ecográfica que se realiza durante el segundo trimestre, si presenta malformaciones orgánicas mayores, como cardiopatías, alteraciones del sistema nervioso central, nos sirve para poder sospechar que pueden formar parte de un síndrome por una alteración cromosómica, pero cuando no se encuentran presentes, la utilidad de la ecografía para la detección de posibles alteraciones cromosómicas se circunscribe a la observación de marcadores ecográficos secundarios con un rendimiento muy bajo para poder detectar a estos fetos con aneuploidias frente a los euploides".

CUARTO.- El 24 de mayo de 2012 se recaba el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica).

QUINTO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe pericial realizado colegiadamente por dos facultativos,

en el que, tras realizar las consideraciones médicas que estiman oportuno, concluyen del siguiente modo:

"1. La gestante x fue sometida, conforme a lo actualmente recomendado, a una prueba de cribado combinado. La ecografía determinó una edad gestacional de 12 semanas y 3 días y una translucencia nucal de 1,7 mm. La PAPP-A era de 2,26 mUI/ml para una mediana de 3,42 y la B-HCG era de 43,1 ng/ml para una mediana de 35,67. El riesgo estimado fue de 1/4.467 (riesgo bajo).

2. Las cifras de PAAP-A y de B-HCG, medidas en unidades MoM, no pueden considerarse anormales ni mucho menos sospechosos de Síndrome de Down, aun aisladamente considerados. Tampoco puede considerarse anormal una translucencia nucal de 1,7 mm.

3. En cualquier caso, estos datos no se consideran de forma aislada para la obtención del resultado de la prueba, sino que se integran en un programa informático junto con la edad de la gestante, a fin de obtener con todos ellos la estimación del riesgo (alto o bajo) de que el feto padezca un Síndrome de Down.

4. En este caso, el resultado de la prueba determinó un riesgo bajo de Síndrome de Down, notablemente inferior al punto de corte generalmente establecido y, en consecuencia, no estaba indicada la realización de pruebas invasivas complementarias.

5. Debe recordarse que riesgo bajo no quiere decir riesgo nulo y que, por tanto, un riesgo bajo no excluye al cien por cien la posibilidad de que exista un Down. Ello se advierte en la hoja de resultados en la que textualmente se dice que el resultado obtenido mediante estas pruebas indica únicamente una probabilidad y, por tanto, no representa un diagnóstico".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los reclamantes y a la Compañía de Seguros, la primera comparece ratificándose en su escrito inicial y esgrimiendo una serie de argumentos tendentes a rebatir los informes médicos que figuran incorporados al expediente.

La instructora remite copia del escrito de alegaciones tanto a la Inspección Médica como a la aseguradora. Esta última envía informe formulado por el Dr. x, en el que se hace constar lo siguiente:

"Respecto a la calificación del riesgo derivado del resultado de la prueba de cribado neonatal.

Insiste el reclamante en que no pone "riesgo bajo" sino "riesgo ojo". Esta afirmación carece de fundamento; 1º) Por la propia morfología del grafismo, 2º) porque no es esa la terminología utilizada (se puede utilizar riesgo alto o riesgo bajo o, todo lo más riesgo intermedio, pero carece de sentido escribir "riego ojo") y 3º) sobre todo porque un resultado de 1/4467 supone un riesgo tan alejado del punto de corte que de ningún modo podría considerarse merecedor de una anotación de alerta.

Respecto a la medición de la translucencia nucal, un valor como el obtenido (1,7 mm) es rigurosamente normal y, además está muy por debajo del percentil 90 de la media global (entre 2,5 y 3 mm) Esto supone que en ningún caso el dato puede considerarse de riesgo; antes bien está muy por debajo de los valores que se consideran como límite entre lo normal y lo anormal.

En cualquier caso, el cálculo se realiza mediante un programa informático que establece el nivel de riesgo a partir de todos los datos obtenidos. El resultado, por tanto, es independiente del factor humano.

En cuanto a la cifra de falsos negativos en relación con el cribado prenatal.

En un estudio realizado sobre evaluación de la eficacia del cribado prenatal del primer trimestre de embarazo en la Región de Murcia (se refiere al tipo de cribado realizado en este caso) el porcentaje de falsos negativos fue del 0%, es decir no hubo en ese estudio ningún caso de Síndrome de Down cuando el cribado fue de bajo riesgo.

En otras series la tasa de falsos negativos oscila entre el 0% y el 0,04%.

En ningún caso la tasa de falsos negativos puede ser del 30% como afirma la reclamante, sencillamente porque de ser así la técnica carecería de utilidad y, sencillamente, no se utilizaría."

En el informe se contienen una serie de direcciones de páginas webs en las que pueden comprobarse los datos estadísticos que se mencionan.

SÉPTIMO.- Conferido un nuevo trámite de audiencia a las partes éstas no hacen uso del mismo al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente fue formulada 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 la relación de causalidad entre la asistencia prestada por el SMS y los daños por los que reclama.

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 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 formulada en un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, concurriendo, pues, el supuesto 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 artículo 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La x al sufrir los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida en un centro sanitario dependiente de la Administración, ostenta la condición de interesada para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que la reclamante imputa el daño que dice haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

II. En lo que se refiere al plazo, el Consejo Jurídico coincide con la propuesta de resolución en que la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC.

III. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que se haya evacuado el informe la Inspección Médica en el plazo de los tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5,c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos"*. Efectivamente, la decisión contenida en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio, dado que los informes de los facultativos intervinientes en la prestación sanitaria refieren la *praxis* seguida con la paciente, que el informe pericial de la aseguradora confirma la adecuación a la *lex artis* de las concretas imputaciones de la reclamante y que ésta no ha presentado prueba pericial que sostenga sus imputaciones.

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 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".

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, 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 debe esperar de los poderes 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, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994): 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 de aquél se desarrolle 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 pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica); 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 de aquél le puede comportar.

La actuación del servicio sanitario 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.

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).

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

La reclamante tilda de negligente la actuación de los servicios sanitarios del SMS, al considerar que no se atendió a los parámetros anormales que arrojaban las pruebas que se le practicaron, haciendo caso omiso de una anotación que figuraba en el resultado de una analítica que advertía de un posible riesgo, todo lo cual hizo que no se le practicaran pruebas complementarias que hubieran podido detectar a tiempo que el feto padecía el síndrome de Down.

Sin embargo, no aporta informe alguno que respalde sus imputaciones de mala *praxis* médica en la asistencia recibida del sistema sanitario regional, ni tampoco formuló alegaciones en el último trámite de audiencia otorgado y, en cambio, el informe pericial de la Compañía Aseguradora del SMS analiza, en los dos informes emitidos, detalladamente el proceso asistencial seguido, considerando que no se incurrió en mala *praxis* sanitaria ya que la paciente fue sometida a una prueba de cribado combinado cuyos resultados, según razona, eran de riesgo bajo: "*las cifras de PAAP-A y de ?-HC, medidas en unidades de MoM, no pueden considerarse anormales ni mucho menos sospechosas de Síndrome de Down, aun aisladamente considerados. Tampoco puede considerarse anormal una translucencia nucal de 1,7 mm*", ya que el rango de normalidad alcanza los 3 mm. Al arrojar las pruebas realizadas un riesgo bajo no estaba indicada la realización de pruebas invasivas complementarias. En

cualquier caso, añade el perito que un riesgo bajo, como se desprende de sus propios términos, no implica un riesgo nulo, de ahí que, aun habiéndose observado los protocolos de actuación que correspondían atendiendo a las características de la gestante, ésta diese finalmente a luz un niño con síndrome de Down.

Asimismo carece de virtualidad la afirmación de la interesada, huérfana también de respaldo técnico, sobre que la anotación manuscrita que aparece en el resultado de una analítica dijese "riesgo ojo". En efecto, el propio facultativo autor de dicha nota aclara que lo que escribió fue "riesgo bajo"; y esta afirmación no la formula *ex novo* cuando se le requiere para ello por el órgano instructor, sino que, según declaración de la matrona (folio12), así se lo había indicado a ella en el momento en el que la paciente entregó la analítica y formuló sus dudas sobre el significado de lo que allí aparecía escrito. Por otro lado, hay que coincidir con lo manifestado por el Dr. x, perito de la aseguradora, que destaca que, además de la propia morfología del grafismo que revela con bastante nitidez su significado, carece de sentido mantener que un riesgo pueda calificarse como de "ojo". Un riesgo será bajo, alto o intermedio, pero nunca "ojo".

En definitiva, todo lo expuesto, permite a este Consejo Jurídico concluir que, en el expediente sometido a consulta, procede la desestimación de la reclamación por falta de acreditación del nexo causal entre el daño invocado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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

CONCLUSIÓN

UNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no concurrir los requisitos determinantes de la misma.

No obstante, V.E. resolverá.