



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **302/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de octubre de 2015, 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 26 de mayo de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **222/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 28 de mayo de 2010, x, miembro del Ilustre Colegio de Abogados de Murcia, presenta en el registro de entrada de documentos de la Delegación del Gobierno en la Región de Murcia una solicitud de indemnización, de la misma fecha, en nombre y representación de x, de nacionalidad ecuatoriana, fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

El representante explica en dicho escrito que la interesada estaba embarazada de 40 semanas en el mes de mayo de 2009. Por ese motivo, añade que acudió hasta en dos ocasiones al Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia, con contracciones y sangrado vaginal, y precisa que realizó esas visitas los días 27 y 28 de mayo de 2009, a las 23:52 y a las 6:50 horas, respectivamente. Una vez que fue explorada, se le remitió a su domicilio en los dos casos.

Sin embargo, el letrado compareciente expone que el día siguiente, es decir, el 29 de mayo de 2009, su representada acudió de nuevo con contracciones y sangrado al Servicio Maternal de Urgencias del referido centro hospitalario. Allí se comprobó por parte de un facultativo (ATS) que la frecuencia cardíaca fetal (FCF) era positiva y, como consecuencia de ello, se determinó su ingreso hospitalario.

Según se relata, la interesada tuvo que permanecer en espera de pie durante algún tiempo, hasta que finalmente se le realizó la prueba de monitor. En ese momento, la matrona se dio cuenta de que la frecuencia cardíaca fetal era negativa, ya que el feto estaba muerto. También se pone de manifiesto en la reclamación que el fallecimiento se produjo a las 10:15 horas, según consta en el partograma, cuando había transcurrido aproximadamente 1 hora y 35 minutos desde la primera asistencia que se dispensó a la reclamante en el hospital. Se advierte seguidamente que durante ese período los miembros del personal no habían hecho nada, a pesar de que, según

consta en el parte de ingresos, ello se produjo con contracciones y sangrado a las 8:40 horas. Se destaca en el escrito que en ese momento el feto estaba vivo y se pone de manifiesto que la situación descrita hubiera requerido una actuación urgente del personal sanitario.

De lo expuesto se desprende, a juicio de la parte reclamante, una relación de causalidad entre el daño causado por la muerte del feto y el deficiente e incorrecto funcionamiento del servicio sanitario, la falta de vigilancia, la desorganización y descoordinación entre los miembros del personal que trajeron a la paciente, las dilaciones injustificadas, la falta de medios y el funcionamiento anormal en la prestación de asistencia sanitaria.

Por lo que respecta a la valoración económica de los daños y perjuicios causados, de carácter moral, se solicita que se indemnice a la reclamante en la cantidad de doscientos mil euros (200.000euros). En este sentido, se destaca en el escrito que en el momento en el que se produjo el aborto la peticionaria tenía 41 años de edad por lo que ello suponía, por razones evidentes de salud, su última oportunidad de engendrar un nuevo hijo.

Junto con la solicitud de indemnización se acompaña copia de la escritura de apoderamiento conferido por la interesada a favor del letrado compareciente, algunos documentos clínicos y copia de la historia clínica de la reclamante que obra en el centro hospitalario mencionado.

SEGUNDO.- Con fecha 17 de junio de 2010 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada por el interesado y se designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado al reclamante junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- Por medio de comunicaciones de esa misma fecha de 17 de junio se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- con el propósito, en este último caso, de que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- Con fecha 21 de junio de 2010 el órgano instructor solicita de la Dirección del Hospital *Virgen de la Arrixaca* copia de la historia clínica de la reclamante que obra en dicho centro hospitalario e informes de los profesionales que la atendieron, acerca de los hechos expuestos en la reclamación.

QUINTO.- El día 13 de julio de 2010 se recibe en el Servicio consultante la comunicación de la Dirección del mencionado hospital, del día 6 anterior, con la que se acompaña la copia de la historia clínica del reclamante que obra en ese centro hospitalario.

De igual modo, se adjunta el informe emitido el día 5 de julio por x, facultativo especialista en Ginecología y Obstetricia de ese centro sanitario, en el que se pone de manifiesto lo siguiente:

"La paciente x, acudió por contracciones el 29-05-09, a las 8:38 horas, tras ser triada por el ATS, éste auscultó

FCF positiva, no siendo la primera vez que se confunde latido materno con latido fetal. A continuación fue explorada y dado que se encontraba en PAP (período activo de parto) pasó a dilatación donde la matrona avisó a las 9:54 horas, de que no oía FCF, por lo que se realizó una eco donde se confirmó que no había latido cardíaco fetal.

Es imposible determinar cuándo se produce una muerte fetal intrauterina o una muerte súbita post-parto, y en este caso en concreto lo más probable, es que el ATS que la recibió confundiera el latido materno con el latido fetal, como ya dijimos anteriormente".

SEXTO.- Con fecha 1 de diciembre de 2010 el órgano instructor requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial y remite copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio consultante.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, elaborado conjuntamente por tres Médicos Especialistas en Obstetricia y Ginecología el día 15 de enero de 2011. En dicho documento se contienen las siguientes conclusiones médica-periciales:

"1. X acudió al H.U. Virgen de la Arrixaca por parto en curso. La auscultación fetal al ingreso fue positiva. Una hora después, cuando se colocó el monitor, no se auscultó latido, confirmándose la muerte fetal mediante ecografía.

2. Mediante parto eutócico, nació un varón de 3230g. con una circular de cordón floja. La necropsia no reveló datos patológicos ni se hallaron signos de maceración.

3. La asistencia prestada en Urgencias los días previos al parto fue correcta, siendo explorada la paciente y confirmándose el bienestar fetal mediante monitorización antes de dar el alta.

4. No existía ningún motivo que obligara a actuar con suma urgencia. La paciente fue atendida de forma inmediata al llegar a Urgencias y al tratarse de un parto en curso sin datos patológicos se siguieron los pasos habituales de ingreso y preparación.

5. Ni los hallazgos del parto ni la necropsia han podido determinar la causa de la muerte del feto. Esto ocurre en el 25-35% de las muertes fetales intraútero.

6. La muerte fetal fue imprevisible e inevitable y se produjo de forma súbita.

7. Todas las actuaciones llevadas a cabo se ajustaron a la buena praxis, a la *lex artis ad hoc* y a los protocolos vigentes".

OCTAVO.- El día 3 de julio de 2014 se recibe en el Servicio consultante la comunicación de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria, del día 1 anterior, con la que se acompaña el informe valorativo emitido por el Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales con fecha 11 de junio anterior. En dicho documento se formulan las siguientes conclusiones:

"1) Se trata de un caso de muerte fetal en la semana 40 de una gestación de curso normal.

2) Las dos veces previas al parto que la paciente acudió a Servicio de Urgencias fue explorada, las constantes fueron normales, se monitorizó la FCF y la dinámica uterina, siendo el monitor fetal reactivo y no presentando dinámica de parto con contracciones regulares o intensas, por lo que según el protocolo se remitió a su domicilio hasta el inicio del parto, la actuación fue correcta y adecuada.

3) Aproximadamente unas 26 horas después de la última asistencia en Servicio de Urgencias acude de nuevo por contracciones y sangrado, las constantes TA, FC y T^a (temperatura) están dentro de la normalidad, y la FCF es positiva tras auscultación.

4) Aproximadamente 57 minutos después del ingreso en sala de dilatación, cuando se colocó el monitor, no se auscultó latido, confirmándose la muerte fetal mediante ecografía.

5) No existía ningún signo de alarma que alertara sobre una situación de urgencia en la atención al parto.

6) No apreciamos dilación en la atención a la parturienta en sala de dilatación.

7) Según la literatura médica publicada, después de un estudio exhaustivo de la causa del óbito fetal, siempre queda un grupo de muertes de etiología desconocida que suponen un 25-35% de las mismas.

8) Es absolutamente imposible saber si se hubiera podido prevenir la muerte fetal.

9) La asistencia prestada ha sido correcta, no hay evidencia de mala praxis".

NOVENO.- Con fecha 31 de octubre de 2014 se confiere a la reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes. No consta que ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

DÉCIMO.- El día 14 de mayo de 2015 se formula la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 26 de mayo de 2015.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 artículo 142.3 LPAC y el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Se reconoce a la reclamante legitimación activa para solicitar una indemnización por los daños morales que sufrió como consecuencia de la muerte intrauterina del hijo que esperaba.

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

II. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración (artículo 142.5 LPAC). Así, se constató el fallecimiento del feto el día 29 de mayo de 2009 y la reclamación se presentó con fecha 28 de mayo del año siguiente, por lo que se debe concluir que se interpuso dentro del plazo legalmente establecido.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

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, según el 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*". 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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 para 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 (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). 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 u otros análogos.

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 (LEC)-, 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.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, la interesada solicita una indemnización de los daños morales que se le produjeron por la pérdida del feto que esperaba como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que se le dispensó con ocasión de su proceso de parto y el incorrecto funcionamiento del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital *Virgen de la Arrixaca*. En ese sentido, especifica que las contracciones que presentaba y el sangrado que venía sufriendo habrían requerido una actuación urgente del personal sanitario que la atendió. De acuerdo con ello, la parte reclamante sostiene que esa falta de atención motivó la muerte del feto.

Sin embargo, como ya ha puesto de manifiesto este Órgano consultivo de modo reiterado, en los procedimientos seguidos por reclamaciones de responsabilidad patrimonial planteadas frente a la Administración sanitaria, resulta necesario que la prueba que se llegue a practicar permita corroborar la existencia: a) de una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria dispensada y el resultado dañoso producido en la salud del paciente, y b) la infracción del criterio de *lex artis*, que es el módulo que permite evaluar la corrección de cualquier intervención médica.

En el caso que nos ocupa y, pese a la imputación que realiza, la reclamante no ha llegado a desarrollar la menor actividad probatoria acerca de esos dos extremos, y eso que le corresponde llevarla a efecto de acuerdo con la regla de distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. De igual forma, el alcance de dicho precepto hubiera exigido que la solicitante aportara con ocasión del procedimiento de responsabilidad patrimonial algún dictamen médico pericial que permitiese acreditar, por un lado, la existencia de una relación de causalidad entre la asistencia prestada y la muerte del feto o, por otro, que se incurrió en un supuesto de mala praxis.

A mayor abundamiento conviene destacar que la reclamante tampoco ha llegado a cuestionar o rebatir en el trámite de audiencia ninguna de las conclusiones que se recogen en los informes médicos a los que se ha hecho alusión, ya que no ha presentado ninguna alegación.

Lejos de ello, se contienen en el expediente administrativo un informe valorativo emitido por la Inspección Médica y otro informe médico suscrito por tres peritos, aportado por la compañía aseguradora del Servicio consultante, en los que se determina la ausencia de lesión indemnizable (dicho sea en términos jurídicos) y la corrección de la asistencia médica que le fue dispensada a la reclamante y su adecuación a la *lex artis ad hoc*.

No obstante, para analizar el título de imputación que esgrime la interesada resulta conveniente traer a colación los antecedentes del presente caso. Así, de la documentación clínica que figura contenida en el expediente administrativo se advierte que la paciente tenía 41 años de edad en aquel momento y que estaba embarazada de 40 semanas. En las hojas de la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias de dicho centro hospitalario se informa de que el embarazo seguía un curso normal y de que se le habían realizado a la paciente las pruebas analíticas y de imagen protocolizadas.

De dicha documentación se deduce también que la reclamante acudió a dicho servicio hospitalario a las 23:50 horas del día 27 de mayo de 2009 y que refirió contracciones y flujo, por probable expulsión del tapón mucoso. Se le realizó una exploración ginecológica y una monitorización que mostró patrón fetal reactivo y ausencia de dinámica. Fue remitida a su domicilio con el diagnóstico de gestación evolutiva, en espera del inicio del parto.

A las 6:50 horas del día siguiente, 28 de mayo, acudió de nuevo al Servicio de Urgencias por aumento de las contracciones. Las constantes eran normales, y el monitor ofreció un resultado reactivo, sin que se constataste dinámica. Por esa razón, fue de nuevo remitida a su domicilio con juicio clínico de gestación evolutiva.

El día 29 de mayo acudió a las 8:38 horas de nuevo por contracciones y sangrado. En esa tercera ocasión, se volvió a confirmar que las constantes se encontraban dentro de la normalidad y que la frecuencia cardíaca fetal era positiva. La exploración ginecológica mostró "cérvix borrado, una dilatación de 3 cm y bolsa íntegra". Se decidió su ingreso para manejo del parto y fue conducida a la sala de dilatación, donde el trámite burocrático de ingreso se realizó a las 8:57 horas. Allí no se produjo ninguna incidencia reseñable ni se advirtió ningún signo de alarma que afectase al feto ni a la madre.

El registro de la monitorización de la paciente está fechado a las 9:54 horas y en él no se detecta FCF. En el documento de registro cardiotocográfico figura la anotación "*No localizo FCF. Aviso a Gine guardia. Se realiza ECO. FCF (-)*" (folios 18 y 47 del expediente). Además, en el apartado por la propia reclamante se recoge, al parecer en un pósit, la anotación "*monitor a las 10 horas negativo*" (folio 18 del expediente). La siguiente anotación corresponde al partograma (folios 16 y 47 del expediente administrativo), en el que a las 10.15 horas se apunta "*cérvix borrado, grueso, 5 cm. No localizo FCF. Aviso a Gine de Guardia. Se realiza ECO y FCF (-)...*".

Como se ha anticipado, ante esa circunstancia se avisó al ginecólogo de guardia que realizó una ecografía que ofreció un resultado negativo de la frecuencia cardíaca. Se confirmó, pues, en ese momento la muerte del feto.

La rotura de la bolsa se produjo de manera artificial a las 12:25 horas, y salió líquido hemático. A las 16:45 horas, mediante parto eutóxico, nació un varón muerto con cordón umbilical con vuelta al cuello que no apretaba.

Dos días después, esto es, el 31 de mayo de 2009 la paciente fue dada de alta hospitalaria, después de que transcurriese el puerperio sin ninguna incidencia.

Los padres autorizaron que se realizase la necropsia del feto, que ofreció el día 13 de octubre de 2009 el siguiente resultado: "*Feto varón a término sin malformaciones externas ni internas evidentes, con peso y medidas acordes a 40 semanas de gestación. Placenta a término sin alteraciones*" (folio 63 del expediente). En la descripción macroscópica no se observaron signos de maceración.

Una vez que han quedado reseñados esos antecedentes se hace necesario apuntar, en primer lugar, que la asistencia que se dispensó a la interesada las dos veces en que, con anterioridad al proceso de parto, acudió al Servicio de Urgencias fue correcta. Según se explica en los informes de la Inspección Médica y de los peritos, la guía de asistencia al período de dilatación de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece la directriz de que se evite el ingreso de aquellas gestantes que no cumplan los criterios para considerar que están en fase activa de parto (dinámica uterina regular, borramiento cervical mayor del 50 por 100, y una dilatación de unos 3 o 4 centímetros).

En esos casos, la paciente fue explorada, las constantes eran normales, se monitorizó la frecuencia cardiaca fetal y la dinámica uterina. Aunque el monitor fetal fue reactivo, no presentaba dinámica de parto con contracciones regulares o intensas, por lo que de acuerdo con dicho protocolo se le remitió a su domicilio y se le aconsejó que acudiese de nuevo si presentaba aumento de las contracciones o sangraba. Por esa razón, el informe de la Inspección Médica concluye en su segundo apartado que la actuación fue correcta y adecuada. Esa apreciación se recoge asimismo en la Conclusión 2^a del informe pericial.

En segundo lugar, después de conocer los antecedentes y de analizar la información recopilada, se debe reseñar que la Inspección Médica destaca que no se produjo ningún signo de alarma en la sala de dilatación que alertara de una situación de urgencia en la atención al parto (Conclusión 5^a del informe de la Inspección). En el informe pericial se destaca del mismo modo (Conclusión 4^a) que no existía ningún motivo que obligara a actuar con suma urgencia. La paciente fue atendida de forma inmediata al llegar a Urgencias y se siguieron los pasos habituales de ingreso y preparación, dado que se trataba de un parto en curso sin datos patológicos.

En estos mismos términos se recuerda en ambos informes que se trataba de una paciente que se encontraba en su cuarta gestación (era una paciente multipara), cuyo embarazo estaba controlado y que había ingresado por inicio de parto. No aprecia la Inspección Médica, en consecuencia, que se produjera una dilación en la atención a la parturienta en la sala de dilatación (Conclusión 6^a del informe de la Inspección) y se apunta que el tiempo transcurrido desde el ingreso en la sala de dilatación hasta la realización de la prueba de monitor no es excesivo. De manera coincidente, los peritos médicos apuntan que la actuación médica fue correcta, que no existía ningún motivo que indicara una situación de urgencia y que la paciente fue atendida sin demora, sin dilaciones innecesarias y con utilización de los medios oportunos.

Por último, y acerca de la posible causa de la muerte fetal, en el informe valorativo de la Inspección Médica se pone de manifiesto que no existen datos en la historia clínica que permitan conocerla con certeza y, por tanto, si

hubiera sido evitable. Se coincide con ello en el informe pericial aportado por la compañía aseguradora. De ese modo, se apunta en los dos informes que entre las posibles causas a tener en cuenta podrían estar:

- Una patología del cordón, dado que presentaba una vuelta sobre el cuello del feto, pero se recuerda que la circular se describió como "laxa" y fácilmente reducible (folios 17 y 46 del expediente), por lo que no parece probable que la causa de la muerte fuera la interrupción del flujo sanguíneo por compresión.

- Una preeclampsia, aunque se destaca que la paciente presentó cifras de tensión arterial normales en el momento del ingreso y en el inmediato siguiente.

- Y un desprendimiento de placenta, pero se precisa que en la hoja de parto consta que el líquido era hemático en el momento de la rotura de la bolsa, y que no hay signos de desprendimiento en la valoración posterior de la placenta ni el estudio necrópsico.

Además, se señala en el informe pericial que en el líquido amniótico no apareció meconio, que suele estar presente cuando ha existido una situación de hipoxia fetal progresiva o mantenida.

Por su parte, en el informe pericial se recuerda que los datos epidemiológicos recogidos por la SEGO indican que la mortalidad fetal presenta una frecuencia en España alrededor de un 7 por 100.

Por ello, se concluye en ambos informes que se desconoce la causa exacta de la muerte. Ni los hallazgos del parto ni la necropsia han podido determinarla. Tan sólo en el informe pericial se aventura la hipótesis de que pudiera haberse producido un desprendimiento de la placenta tan agudo que no diera tiempo a formar coágulo retroplacentario.

De conformidad con lo expuesto, se apunta también en el informe de la Inspección Médica que resulta absolutamente imposible saber si se hubiera podido prevenir la muerte fetal (Conclusión 8^a del informe de la Inspección Médica). En este mismo sentido, conviene reseñar que, de acuerdo con los estudios médicos publicados, después de un estudio exhaustivo de las causas de las muertes fetales intrauterinas siempre queda un grupo de muertes de etiología desconocida que oscilan entre el 25 y el 35 por 100 de dichos óbitos (Conclusión 7^a del informe de la Inspección Médica y 5^a del informe pericial). Además, para los peritos médicos, la muerte fetal fue imprevisible e inevitable, y se produjo de forma súbita (Conclusión 6^a). Es en estos términos, se debe insistir, en los que no se aprecia que se haya producido una lesión indemnizable, esto es, un daño antijurídico que la interesada no tenga la obligación jurídica de soportar.

De acuerdo con lo que se ha expuesto, ha quedado debidamente acreditado que las actuaciones médicas realizadas fueron correctas y que se ajustaron en todo momento a la *lex artis ad hoc* (Conclusión 9^a del informe de la Inspección Médica) y a los protocolos vigentes (Conclusión 7^a del informe pericial), por lo que no puede reconocerse que exista relación de causalidad alguna entre dichas actuaciones y el resultado de muerte fetal. Por otra parte, y a pesar del lamentable resultado apuntado, el desconocimiento de la posible causa de la muerte impide considerar que nos encontremos en presencia de un daño antijurídico que genere la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá.

