



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **195/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 24 de julio de 2017, 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), mediante oficio registrado el día 18 de abril de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **104/16**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha de registro de entrada en el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en Murcia, de 22 de diciembre de 2010, x, y, este último como su representante en las actuaciones del expediente según documento que se acompaña, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial -suscrita por ambos- por una mala *praxis* en la asistencia al parto el 23 de diciembre de 2009 en el Hospital Los Arcos, de San Javier.

Tras describir los daños y las circunstancias que concurrieron, se analiza la relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público sanitario, manifestando:

*"A nuestro parecer, tras un minucioso estudio profesional obstétrico-ginecológico-pediátrico, apoyados en su especialidad, podemos afirmar que la causa de la encefalopatía de la niña radica en el sufrimiento fetal agudo sufrido, junto con la rotura uterina producida en el sufrido útero de la madre que provocó la salida de flujo sanguíneo y placentario, debido a la hemorragia y a la administración de oxitocina en la contraindicada inducción al parto que sufrió la madre, origen de la hipoxia-isquemia en la RN (RECIÉN NACIDA), que cursó en Encefalopatía crónica con parálisis cerebral, debido a que no se aplicó la técnica médica más correcta para llevar a término el parto a través de una cesárea, con los antecedentes que se han descrito, actuando negligentemente desde un principio la ginecóloga de guardia al pretender ya no únicamente que el parto fuera vaginal, sino inducirlo a través de la oxitocina, situación inapropiada como así consta en las propias consideraciones médicas acerca de cesáreas previas, y que existe una acción u omisión contrarias a la *lex artis*, un daño, una relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el daño, y que éste era previsible y evitable.*

Entre las relaciones de causalidad entre el actuar sanitario y el daño efectivamente producido, deben destacarse las siguientes puntualizaciones aclaratorias:

1. En ningún momento la reclamante tuvo acceso a cualquier tipo de información para que prestara su consentimiento tanto verbal como por escrito. De ser así, la decisión se hubiera podido consensuar para llevar a término el parto a través de cesárea.

2. No puede considerarse dehiscencia o rotura uterina -como así se presta (sic) indistintamente en los informes médicos-, cuando debe de acreditarse la rotura como correcta definición, en aplicación de la doctrina médica que hubiera coartado una u otra técnica de finalización al parto, teniendo como patrón la inadecuada información que ofrecen los informes del Hospital "Los Arcos", sobre la cantidad y momento de aplicación de viales a la madre (sic).

3. La provocación al parto con oxitocina (aunque sea a través de estudios realizados al respecto el elemento menos nocivo), queda totalmente desaconsejada en el parto electivo con cesárea previa o anterior, según consideraciones médicas antes descritas. Con cesárea anterior, la profilaxis para evitar la rotura uterina indica que se debe llevar a término una gestación con inicio espontáneo, nunca inducir el parto. Caso de no iniciarse espontáneamente, debe indicarse nueva cesárea.

4. Tanto el legrado del que ya se tenía constancia en aborto previo anterior de la reclamante, unido al de cesárea anterior y cerviz desfavorable, ya son por sí mismos índices suficientes para haber determinado el parto a través de una nueva cesárea, no exenta de riesgos, pero en este caso más seguro que el parto vaginal, por la alta incidencia de problemas que antes referíamos al poderse producir -como se produjo-, el hallazgo de rotura uterina.

5. Cumplimiento de los requisitos de la Anoxia y parálisis mental.

"(...) La asfixia intraparto y la parálisis cerebral se dan pocas veces y que para que cataloguen una encefalopatía neonatal como resultado de un problema hipóxico durante el parto se deben dar conjuntamente todos y cada uno de los criterios esenciales:

- Evidencia de acidosis metabólica, como antes ha quedado evidenciado en los valores que se presentaron al nacimiento de la menor.
- Comienzo temprano de la encefalopatía neonatal moderada o severa: esta se produce desde el primer momento.
- Parálisis cerebral tipo cuadriplejía espástica. Su valoración queda ya acreditada en cuanto a su discapacidad múltiple.
- Exclusión de otras etiologías".

Se expone que dichas consideraciones vienen avaladas por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía en su proceso asistencial integrado para el embarazo, parto y puerperio.

Finalmente, solicita una indemnización de 1.306.644,30 euros por los conceptos que se desglosan en el folio 9.

SEGUNDO.- Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 16 de febrero de 2011 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada a la reclamante el 9 de marzo siguiente.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Correduría -- a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, así como al letrado de la Comunidad Autónoma a efectos de que informara sobre la existencia de antecedentes judiciales.

TERCERO.- En la misma fecha se solicitó a las Gerencias de las Áreas de Salud I y VIII copia de la historia clínica de la paciente y de la recién nacida e informes de los facultativos que la atendieron, documentación que fue recibida e incorporada al expediente (folios 59 y ss.).

De esta documentación se destaca el informe emitido por la facultativa especialista en Ginecología del Hospital Los Arcos, x (folios 223 a 227), en el que hace constar lo siguiente sobre la asistencia prestada a la reclamante:

"Asistí a x el día 23 de diciembre de 2009, como ginecóloga de guardia del Hospital Los Arcos de la Región de Murcia.

La paciente, de 37 años de edad, en aquel momento, gestante de 41 semanas, estaba programada, desde la consulta de Control de Bienestar Fetal de dicho hospital, para ingreso y finalización de su gestación por embarazo en vías de prolongación. Como antecedentes personales obstétricos, la paciente presentaba, como aparece reflejado en su historia clínica, cuatro gestaciones:

-La primera, en 1989, finalizó en aborto y legrado.

-La segunda gestación finalizó en parto eutócico, en 1994.

-La tercera gestación fue gemelar, y finalizó, a término, en cesárea electiva, por primer feto en situación transversa, en 2002. Se le practicó, como figura en el protocolo quirúrgico una laparotomía media infraumbilical y una histerotomía segmentaria transversa. El postoperatorio de esta cesárea cursó sin fiebre.

-Y por último, la cuarta gestación, la actual.

En el momento del ingreso, a la exploración, el índice de Bishop era 4: cérvix permeable a un dedo amplio (i), semiborrado (I), centrado (2), rígido (O), presentación cefálica sobre estrecho superior (O). Con bolsa íntegra.

El monitor no estresante mostraba una dinámica uterina irregular, y un latido cardíaco fetal con buena variabilidad y reactividad, y con una frecuencia basal de 130 latidos/minuto. Dichos parámetros se ajustan al modelo fisiológico de la frecuencia cardíaca fetal (Tratado de Obstetricia de Pedro Ación, Ediciones Molloy, segunda edición, enero 2001, capítulo 14, Asistencia y dirección médica del parto normal. Vigilancia intraparto y atención al recién nacido).

(...)

Respondiendo a las puntualizaciones aclaratorias de la reclamación:

1- Al ingreso, tras considerar los antecedentes y la situación clínica de la reclamante, acordé con ella verbalmente el intento de un parto vaginal, previa explicación de los riesgos y beneficios, como aconseja el Protocolo de Parto Vaginal tras Cesárea de la SEGO de 2002.

2- El término "dehiscente" que aparece en el informe de protocolo quirúrgico es utilizado para describir el estado de la cicatriz uterina anterior. A continuación, se describe en el mismo informe, el desgarro uterino afectando su segmento inferior, es decir, la rotura uterina. No es en el protocolo quirúrgico, donde se reflejan los viales administrados.

3- El apartado "Manejo intraparto, Inducción del parto" del Protocolo de la SEGO para el Parto vaginal tras cesárea de 2002, refiere que la inducción es un procedimiento válido siempre y cuando exista una indicación, y que la oxitocina puede utilizarse tanto para inducción como para la estimulación del trabajo de parto. Según el protocolo de la SEGO para la Rotura Uterina de 2006, entre las medidas más recomendables para intentar prevenir la rotura uterina, en casos de cesárea anterior, están seleccionar debidamente los casos de cesárea anterior a la hora de permitir el parto por vía vaginal. No refiere que nunca haya que inducir el parto.

4- Entre los factores predisponentes más destacados para la rotura uterina, según el Protocolo SEGO para Rotura uterina 2006, no figura el antecedente de un legrado.

El antecedente de una cesárea anterior, no determina una nueva cesárea, tal y como se desprende del protocolo de la SEGO para Parto Vaginal tras cesárea, cuando dice "debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a casi todas las mujeres con cesárea previa transversal baja, dado que la mayor parte de ellas son candidatas a un parto vaginal".

Las condiciones del cérvix al ingreso no eran desfavorables. El índice de Bishop era 4. Una inducción partiendo de un índice de Bishop de 4-6, tiene un 80-85% de éxitos, según el protocolo para la Inducción del Parto de la SEGO de 2003".

En la documentación remitida del historial de la menor (x) por el HUVA figuran los informes emitidos por los facultativos de neuropsiquiatría y de la UCI neonatal (folios 230 y 231), el último de los cuales expone en relación con su ingreso el 24 de diciembre de 2009 que "el patrón clínico de la paciente es compatible con una

enfermedad hipóxico-isquémica en el contexto de una asfixia perinatal".

CUARTO.- Con fecha de 28 de junio de 2011, mediante sendos oficios, se solicita informe a la Subdirección de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria y se remite el expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud --).

QUINTO.- El 27 de octubre de 2014, el letrado que actúa en representación de la reclamante solicita información del estado del expediente de reclamación que se tramita por la Administración desde diciembre de 2010, siendo contestado por oficio del órgano instructor de 11 de noviembre de 2014 en el sentido de indicar que se encuentra pendiente de informe de la Inspección Médica (folio 240).

SEXTO.- La Inspección Médica emite el informe el 7 de julio de 2015 con las siguientes conclusiones (folios 242 a 248):

"1) Paciente de 37 años con antecedentes obstétricos de legrado por aborto, parto eutócico y cesárea por parto gemelar que inició control de cuarto embarazo en la semana 20ª.

2. El control del embarazo realizado se ajustó al protocolo sin detectar incidencias maternas ni fetales.

3. Por embarazo en vías de prolongación se indicó acertadamente ingreso hospitalario para inducción al parto.

4. Cuando la paciente ingresa, la exploración obstétrica muestra que se habían iniciado los signos prodrómicos del parto.

5. Se indica acertadamente por parte de la ginecóloga, la estimulación del parto con oxitocina, previamente se le oferta intento de parto vaginal en consonancia con el protocolo de la SEGO dado que no hay contraindicaciones para el mismo.

6. Según el protocolo de la SEGO la utilización de la oxitocina para la estimulación del parto no se considera una contraindicación en el parto de la mujer con cesárea previa.

7. La progresión de la dilatación estuvo dentro de la normalidad para mujer múltipara, la dilatación completa se produjo aproximadamente 7 horas después del comienzo de las anotaciones de control en el partograma.

8. También se realizó monitorización fetal continua así como de la dinámica uterina como consta en el partograma y recomienda el protocolo de la SEGO en estos casos.

9. Hasta el momento en que se registra en el partograma el stop de la oxitocina no se registra alteración alguna de la FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal), ni dinámica uterina excesiva.

10. *Tras exploración obstétrica y por pérdida de bienestar fetal acertadamente se indica cesárea urgente que se realiza con celeridad.*
11. *La técnica quirúrgica utilizada de la cesárea se ajusta al protocolo según la literatura médica.*
12. *En el acto quirúrgico se apreció hemoperitoneo y rotura uterina sobre cicatriz de histerotomía con peritoneo visceral íntegro y placenta totalmente desprendida.*
13. *No consta en documentación clínica ningún signo premonitorio de rotura uterina en progresión ni se infiere de los registros del último tramo de la monitorización de la FCF y dinámica uterina signos de rotura uterina en progresión.*
14. *La rotura uterina se manifestó de forma súbita siendo por tanto imprevisible e inevitable su presentación.*
15. *La asistencia de urgencia a la RN tras la cesárea así como las asistencias posteriores en los servicios de pediatría se ajustan a los protocolos según la literatura médica.*
16. *La RN cumple los criterios esenciales objetivos según la ACOG de inclusión de encefalopatía neonatal como resultado de un problema hipóxico durante el parto.*
17. *La asistencia prestada ha sido correcta, no hay evidencia de mala praxis".*

SÉPTIMO.- La Compañía Aseguradora -- aporta dictamen pericial colegiado de tres especialistas de obstetricia y ginecología, de fecha 25 de abril de 2015, en el que se recogen las siguientes conclusiones (folios 249 a 263):

"1. x ingresó en el Servicio de Obstetricia del H. los Arcos al alcanzar la semana 41 para inducción del parto por embarazo en vías de prolongación. Al detectarse una taquisistolia con alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal se indicó una cesárea urgente, en la que se comprobó una dehiscencia de la cicatriz de histerotomía previa. La niña nació con una severa hipoxia que le ha causado graves secuelas en forma de parálisis cerebral infantil.

2. La rotura de útero es una urgencia obstétrica, que aparece de forma súbita, de forma imprevisible y por tanto inevitable, y que suele acarrear graves secuelas en el feto y la madre.

3. La paciente tenía como antecedentes obstétricos 1 legrado en 1989, 1 parto vaginal en 1994 y una cesárea por gemelaridad en 2002.

4. La indicación de permitir el parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea fue correcta y acorde a los protocolos vigentes al no existir ningún factor que contraindicara el mismo.

5. Los protocolos revisados (español, americano e inglés) no contraindican el parto vaginal tras cesárea. Tampoco está contraindicada la inducción del parto.

6. *En este caso, al ingresar la paciente ya se habían producido modificaciones del cérvix y presentaba contracciones espontáneas, por lo que se trató de una estimulación del parto más que una inducción.*
7. *La vigilancia de la dinámica uterina y del estado fetal se realizó mediante registro cardiotocográfico continuo.*
8. *La evolución del parto fue correcta en tiempo, no existiendo prolongación de ninguno de los periodos.*
9. *No existieron signos prodrómicos de rotura de útero, sino que ésta se produjo de manera súbita.*
10. *El tiempo transcurrido entre la indicación y la realización de la cesárea fue el imprescindible.*

11. *La actuación de los profesionales se ajustó a lex artis y a la buena praxis, utilizando los medios humanos y materiales adecuados y ajustando las actuaciones a los protocolos vigentes. La rotura de útero fue imprevisible y por lo tanto inevitable".*

OCTAVO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes interesadas mediante sendos oficios de 30 de septiembre de 2015, no consta que la reclamante presentara escrito de alegaciones pese a que un representante suyo retiró documentación del expediente (folios 266 y 267).

Existe también una comparecencia posterior de la reclamante, mediante escrito de 9 de marzo de 2016, en la que expone que cualquier notificación ulterior a la fecha se practique a su domicilio particular (folio 270).

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 11 de abril de 2016, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los elementos determinantes de la misma, no habiéndose aportado por la reclamante informe pericial que sustente sus alegaciones y permita desvirtuar las valoraciones médicas que obran en el expediente, no existiendo mala *praxis*, ni relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado.

DÉCIMO.- Con fecha 18 de abril de 2016 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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.

SEGUNDA.- Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015, Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a) la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPAC 2015, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPAC 2015), no siendo el caso del sometido a Dictamen.

II. La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC. No obstante, en determinados actos han actuado por medio de representante, por lo que cabe recordar que la representación ha de acreditarse por cualquier medio válido en derecho, aunque se presuma para actos y gestiones de mero trámite, conforme a lo dispuesto en el artículo 32.3 LPAC (hoy artículo 5 LPAC 2015).

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

III. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 22 de octubre de 2010, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, tomando en consideración la fecha de la asistencia sanitaria a la que se atribuye mala *praxis* de 23 de diciembre de 2009.

IV. 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, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho al previsto reglamentariamente en contra de los principios de eficacia y agilidad de los procedimientos administrativos (artículo 3 de la Ley 40/2015, ya citada).

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).

CUARTA.- Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Para la reclamante la causa de la hipoxia-isquemia de la niña, que cursó en encefalopatía crónica con parálisis cerebral, se debe a que no se aplicó la técnica más correcta para llevar a término el parto a través de una cesárea a la vista de los antecedentes descritos, actuando con negligencia la ginecóloga de guardia del Hospital Los Arcos al pretender no sólo que el parto fuera vaginal, sino inducirlo a través de oxitocina de forma inapropiada cuando existían cesáreas previas.

Concretamente se centra en los siguientes incumplimientos que serían indicativos de mala *praxis* según la reclamación:

-En ningún momento la reclamante tuvo acceso a cualquier tipo de información para que prestara su consentimiento tanto verbal como escrito. De ser así la decisión se podía haber consensuado. También expone la inadecuada información del Hospital sobre la cantidad y momento de aplicación de los viales.

-La provocación del parto con oxitocina queda totalmente desaconsejado en el parto electivo con cesárea previa o anterior según consideraciones médicas descritas. La profilaxis para evitar la rotura uterina indica que se debe llevar a término una gestación con inicio espontáneo, nunca inducir al parto. En el caso de no iniciarse espontáneamente, debe indicarse cesárea.

-Tanto el legrado, unido a la cesárea anterior y cérvix desfavorable, son índices para haber determinado el parto a través de una nueva cesárea.

-Se cumplen las condiciones que relacionan las secuelas de la recién nacida con la asfixia intraparto.

Frente a tales imputaciones, la propuesta de resolución sometida a Dictamen sustentada en los informes médicos obrantes en el expediente, entre ellos el de la Inspección Médica, alcanza la conclusión de que la asistencia prestada fue correcta y conforme a la *praxis* médica tanto en el control del embarazo, como en la indicación del ingreso hospitalario para la inducción al parto y para la indicación de la estimulación del parto con oxitocina. Asimismo considera que se actuó con celeridad en la realización de la cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal y en la técnica quirúrgica empleada, habiéndose acreditado que la rotura del útero es un hecho imprevisible e inevitable.

Sin embargo, la reclamante no ha aportado informe alguno que respalde sus imputaciones de mala *praxis* médica en la asistencia recibida del Hospital Los Arcos, que pudiera cuestionar las consideraciones médicas de los informes evacuados, ni tampoco ha comparecido en el trámite de audiencia conferido por la instrucción en este procedimiento en vía administrativa, para discutir las apreciaciones técnicas que obran en el expediente y que afirman la adecuación a *normopraxis* de las actuaciones sanitarias desarrolladas sobre la paciente.

Veamos a este respecto qué señalan los informes médicos evacuados durante la instrucción respecto a las concretas imputaciones formuladas en el escrito de reclamación:

1. Sostiene la reclamante en su escrito inicial la falta de información para que prestara su consentimiento verbal y por escrito con la finalidad de consensuar la finalización del parto a través de cesárea, sin embargo, la ginecóloga que la atendió expone en su informe (folio 171) que *"la paciente, de 37 años de edad en aquel momento, gestante de 41 semanas, estaba programada desde la consulta de Control de Bienestar Fetal de dicho hospital para ingreso y finalización de su gestación por embarazo en vías de prolongación"*. Asimismo señala que *"ofrecí a la paciente, previa explicación de los riesgos y beneficios, la posibilidad de un parto vaginal mediante perfusión de oxitocina, y ella consintió verbalmente. El Protocolo de la SEGO para el Parto vaginal tras cesárea de 2002, en su apartado "introducción", afirma:... que debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja (o segmentaria transversa), dado que la mayor parte de ellas son candidatas a un parto vaginal"*. A lo anterior cabe añadir que la reclamante había tenido gestaciones anteriores, terminando la segunda con un parto eutócico y la tercera, que fue gemelar, en cesárea electiva por primer feto en situación transversal.

Dicha información previa señalada por la ginecóloga ofrecida a la interesada no ha sido cuestionada por la reclamante en el trámite de audiencia otorgado, pese a que un representante suyo retiró documentación del expediente, concretamente los informes de la Inspección Médica y de los peritos de la Compañía Aseguradora del Ente Público (folio 266). Pero, además, como resaltan estos últimos peritos especialistas (folio 254 reverso y 255), cabe presumir dicha información a través del control que realizaba el Hospital durante las últimas semanas del embarazo y que la reclamante acudió en tres ocasiones a la consulta, la última de las cuales fue el 21 de diciembre de 2009 con una edad gestacional de 40 semanas y 5 días, fijándose para dos días después su ingreso programado para finalizar la gestación en vías de prolongación, de lo que se desprende su autorización para el mismo.

Resulta oportuno traer a colación las consideraciones de la STS, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 21 de diciembre de 2012, acerca de que *"no existe, hasta el momento, un derecho subjetivo de la futura madre a la práctica de una cesárea, sino que la misma requiere el cumplimiento de una serie de requerimientos médicos y, lo más importante, una ponderación médica de la situación que predetermine la misma como más beneficiosa que el parto vaginal"*. En este caso la ginecóloga expone qué consideraciones tuvo en cuenta para el ofrecimiento a la reclamante de un parto vaginal, previa explicación de los riesgos y beneficios, en su informe sobre la asistencia prestada (folios 223 y 224).

A mayor abundamiento, en los casos de urgencia que no permiten demoras, como la cesárea urgente finalmente practicada, se encuentra entre las excepciones contempladas en la normativa a la necesidad de previo consentimiento escrito para la realización de cualquier intervención exigida por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (STS, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 10 de abril de 2014), como sostuvimos en el Dictamen 328/2014.

2. Afirma la reclamante que se debería haber terminado el parto a través de una nueva cesárea a la vista de la cesárea anterior, del legrado y cérvix desfavorable, si bien todos los informes médicos evacuados durante la instrucción son coincidente en afirmar:

-El control del embarazo realizado se ajustó al protocolo sin detectar incidencias maternas ni fetales (conclusión 1 de la Inspección Médica).

-La indicación de permitir el parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea es correcta y conforme a los protocolos, al no existir ningún factor que contraindicara el mismo. En este aspecto, la ginecóloga detalla en su informe (folio 224) cuáles fueron las consideraciones que tuvo en cuenta en su aplicación al caso, sin que hayan sido cuestionadas por la parte reclamante tras el trámite de audiencia otorgado.

-Al ingreso de la reclamante en el Hospital ya se había producido modificaciones en el cérvix y presentaba contracciones espontáneas. A este respecto la Inspección Médica destaca que la exploración obstétrica muestra que se habían iniciado los signos prodrómicos del parto (conclusión 4); también señala que la progresión de la dilatación estuvo dentro de la normalidad para mujer múltipara y la dilatación completa se produjo aproximadamente 7 horas después del comienzo de las anotaciones en el control en el partograma (conclusión 7).

-La vigilancia de la dinámica uterina y del estado fetal se realizó mediante registro cardiotocográfico continuo y cuando se advierte la bradicardia fetal, la ginecóloga explora a la reclamante e indica traslado a quirófano para cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal, que se practica tras preparativos y anestesia en apenas 10 minutos (folio 247 de la Inspección).

3. Expone la reclamante que la provocación del parto con oxitocina queda totalmente desaconsejado en el parto electivo con cesárea previa o anterior según consideraciones médicas descritas, sin embargo los informes médicos evacuados sostienen que el empleo de oxitocina no está contraindicado cuando existe una cesárea previa, indicando el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sobre el parto vaginal tras cesárea que *"la administración de oxitocina no se considera una contraindicación en el parto de la mujer con cesárea previa, ya que no se ha encontrado asociación entre el uso y el aumento de la frecuencia de rotura uterina"* (folio 259 reverso). Además, hasta el momento en el que se registra en el partograma el stop de la oxitocina no se registra alteración alguna de la FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal), ni dinámica uterina excesiva (conclusión 9 de la Inspección Médica).

4. Sobre la causa del daño de la recién nacida (parálisis cerebral infantil) no se cuestiona que fue debida a una hipoxia severa intraparto, si bien, según los informes evacuados, fue motivada por la rotura de útero, urgencia obstétrica que aparece en este caso de forma súbita, inevitable e imprevisible, señalando la Inspección Médica que no consta en la documentación clínica ningún signo premonitorio de rotura uterina en progresión, ni se infiere de los registros del último tramo de la monitorización de la FCF y dinámica uterina signos de rotura en progresión (conclusiones 13 de la Inspección Médica y 9 de los peritos de la aseguradora del Ente Público).

En consecuencia, al no existir otros elementos de juicio aportados por la reclamante -a quien corresponde la carga de la prueba de sus imputaciones ex artículo 217 de la Ley de enjuiciamiento Civil-, que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, este Órgano Consultivo dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al no resultar acreditados los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.

