



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **92/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 4 de abril de 2018, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 13 de noviembre de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 344/17), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha de registro de entrada de 25 de noviembre de 2015, x presentó una reclamación por los daños sufridos como consecuencia de la que considera una deficiente asistencia sanitaria, que concreta en un deficiente seguimiento del embarazo al no haber adoptado medidas preventivas respecto de su trombocitopenia y en los daños sufridos durante el parto consistentes en incontinencia urinaria y desgarro del periné.

La reclamante cuantifica la indemnización en 21.342,54 euros, conforme al sistema de valoración de los daños producidos a las personas en accidentes de circulación.

En su escrito refiere que por la Fiscalía se habían incoado Diligencias de Investigación nº 84/14 que serían aportadas como prueba.

SEGUNDO.- Solicitado por el Servicio Murciano de Salud (SMS) el procedimiento tramitado por la Fiscalía, ésta remite copia de la documentación clínica sobre la reclamante que obraba en su poder y el decreto de archivo de dichas Diligencias de 30 de septiembre de 2015.

TERCERO.- Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 10 de febrero de 2016 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada a la reclamante el día 19 de dicho mes (folios 86 y 87 bis expte.).

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de salud IV -Hospital Comarcal del Noroeste-, a la Correduría -- a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (folios 20 a 23 expte.).

CUARTO.- Fueron recabados y remitidos la historia clínica de la paciente (folios 92 a 206 expte.), y el informe de los profesionales implicados.

De estos últimos cabe destacar los siguientes:

1º.- El informe de alta del Servicio de Ginecología, de 17 de diciembre de 2013 (folio 141 a 142), del Hospital Comarcal del Noroeste, tras producirse el parto, y en el que tras recogerse sus antecedentes personales, obstétricos y familiares, en su enfermedad actual se anotó que "*cursa con plaquetopenia, no estudiada previamente, que alcanza la cifra de 56.000 previa al parto*". La exploración física arrojó el siguiente resultado "*cuello uterino posterior acortado, cerradocefálica, SES.*". En su exploración complementaria se anotó lo siguiente "*ECO: placenta normoinserta, LA normal, Doppler AU normal. RCTG: feto reactivo, dinámica irregular*". En evolución se hizo constar que "*se indica transfusión de un pool de plaquetas intraparto. Se desaconseja la anestesia epidural por el riesgo de sangrado. El día 14/12/13 nace un RN mujer de 3.350 gramos, Apgar 9/10, mediante vacuoxtracción en tercer plano por no progresión en 3º plano, con distocia de dilatación. Se produce un desgarro vaginal amplio en la cara anterior vaginal y de la episiotomía, de tercer grado. Se procede a la sutura en quirófano. Posteriormente dada la disfunción plaquetaria se indica nueva trasfusión de un pool de plaquetas y concentrados de hematíes. Hemograma posttransfusional: HB 9.3 g/dl, Hto. 27.8 %. Plaquetas 124.000.*

La paciente refiere dificultad a la micción por escaso tono vesical. Se decide el alta con el siguiente tratamiento.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: GESTACIÓN A TÉRMINO, EMBARAZO DE RIESGO, PLAQUETOPENIA NO FILIADA. VACUEXTRACCIÓN. DESGARRO VAGINAL. ANEMIA POSTPARTO. TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES Y PLAQUETAS".

2º.- El informe de evolución en consultas externas de Hematología de 3 de marzo de 2014, (folio 146), hacía constar:

"Paciente remitida desde la consulta de ginecología por presentar una trombocitopenia durante el embarazo.

AP: No AMC. ITU de repetición en la infancia. Hermana diagnosticada de una trombocitopenia inmune. Madre también con cifra de plaquetas en el límite bajo de la normalidad.

EA: La paciente plaquetopenia progresiva en el último trimestre. Previo al parto tenía 56.000 por lo que se

indica transfusión de un pool de plaquetas intraparto. Se desaconseja la anestesia epidural por el riesgo de sangrado. El día 14/12/13 nace un RN mujer de 3.350 grs, Apgar 9/10, mediante vacuoextracción en tercer plano por no progresión en 3º plano, con distocia de dilatación. RN sin trombocitopenia. Se produce un desgarro vaginal amplio en la cara anterior vaginal y de la episiotomía, de tercer grado. Se procede a la sutura en quirófano. Posteriormente dada la disfunción plaquetaria, se indica nueva trasfusión de un pool de plaquetas y concentrados de hematíes. Hemograma posttransfusional: HB 9.3 g/dl, HTO. 27.8%. Plaquetas: 124.000 La paciente refiere dificultad a la micción por escaso tono vesical.

La paciente presenta crónicamente una cifra de plaquetas en el límite bajo de la normalidad (110-130.000/mcL). La evolución de la trombocitopenia durante las últimas semanas de gestación y la buena recuperación que ha tenido postparto sugieren más una trombocitopenia "gestacional".

En el tratamiento al Alta se hace constar que "No precisa en la actualidad más estudios, pero se hará un nuevo control de análisis a final de año. Realizar controles mensuales durante el tercer trimestre en caso de nueva gestación".

En la revisión por este Servicio de Hematología del 07.10.2014 se hace constar que "Después de varios meses tras el parto, mantiene plt dentro de la normalidad lo que en principio confirmaría la sospecha diagnóstica inicial".

3º.- En el informe de revisión del Servicio de Ginecología del Hospital Comarcal del Noroeste, de 29 de octubre de 2015 (folio 96 expte.), a la exploración se indica "mínima dehiscencia cutánea en horquilla posterior. Periné íntegro. Reflejo bulbocavernoso mantenido. Sensibilidad perineal mantenida. No celes".

4º.- En el informe, de 7 de marzo de 2016, del Dr. x, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Comarcal del Noroeste (folio 204 y 205 expte.), se refiere que "-La paciente fue ingresada en la guardia del día anterior.

-Dada su plaquetopenia, se decidió en SESIÓN CLÍNICA la continuación del parto vía vaginal, salvo indicación distinta del ginecólogo de guardia conforme se fuera desarrollando el proceso.

-Se procedió a la transfusión de un pool de plaquetas intraparto.

-El anestesista de guardia desaconseja la aplicación de anestesia epidural.

-Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, pueden presentarse complicaciones maternas y/o fetales intraparto que modifican la actitud del equipo encargado de la asistencia, transformándose un parto que previsiblemente iba a ser eutócico en un parto distóxico. En el caso de la paciente, el estancamiento de la presentacióncefálica en el tercer plano requirió la aplicación de una ventosa para la extracción fetal.

-Como resultado de la tocurgia, se produjo un desgarro del canal blando del parto requiriéndose valoración en quirófano con los siguientes hallazgos: desgarro de la comisura cervical derecha, desgarro de la pared vaginal superior o anterior, y desgarro perineal de 3º grado. Se procedió a la sutura de los mismos en quirófano.

-En el puerperio se transfundió un pool de plaquetas y concentrados de hematíes.

-Como resultado del desgarro, la paciente presentó disfunción miccional indicándose inicio de RHB con ejercicios de Kegel y valoración por el Servicio de Rehabilitación".

Con fecha 8 de abril de 2016 se solicita de la Inspección Médica informe valorativo de la reclamación formulada (folio 207 expte.).

QUINTO.- La Compañía Aseguradora -- aporta dictamen pericial del Dr. x, especialista en Obstetricia y Ginecología, de 26 de mayo de 2016, en el que se recogen las siguientes conclusiones (folios 210 a 240 expte.):

"V.- CONCLUSION MÉDICO-PERICIAL

Conforme a la documentación disponible por este perito, la atención prestada a x durante el control de la gestación y en el momento del parto en el Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz (Murcia) el día 14 de diciembre de 2013, fue acorde a la Lex Artis ad Hoc; debido a:

- En la opinión de este perito no existió negligencia en la atención sanitaria y hospitalaria.

- En el año 2013 los controles gestacionales en el Área IV empezaron a realizarse según el Programa de Atención Integral a la Mujer (PIAM). Según este programa la atención al embarazo, parto y puerperio la realizan los Médicos de Familia, Matronas y Ginecólogos que colaboran y se comunican entre ellos. Se detectó la falta de coordinación y comunicación entre los profesionales.

- La SEGO recomienda no tratar las pacientes con recuentos de plaquetas > 50.000/ μ l. Aunque se hubiera detectado la plaquetopenia durante los controles gestacionales la conducta médica habría sido la misma, no tratar y seguir controlando los niveles de plaquetas.

- El día del parto 14 de diciembre de 2013 la paciente tuvo el valor de recuento de plaquetario de 56.000/ μ l. Se considera que recuentos de plaquetas de 50.000/ μ l son suficientes para asumir con garantías tanto un parto vaginal como una cesárea. Indudablemente recuentos 80.000/ μ l son más tranquilizadores para el obstetra y permitirían asumir además al anestesiólogo la práctica de una anestesia peridural durante el trabajo de

parto.

- Al detectarse un recuento plaquetario de 56.000/ μ l intraparto de forma prudente se realiza una transfusión plaquetaria consiguiendo niveles de plaquetas de 87.000/ μ l a 2 horas antes del parto.

- Ante un sangrado vaginal como regla en una gestante de 40 semanas de forma correcta se comprueba el bienestar fetal y se decide ingreso hospitalario para observación y decidir la conducta obstétrica.

- Al no desencadenarse el parto de forma espontánea se decide maduración cervical con prostaglandinas vaginales.

- Para acortar el expulsivo se ha optado por elegir la ventosa, que se ha demostrado en numerosas publicaciones como la opción más segura para la madre y el feto ya que causa menos daños en el periné que el parto espontáneo y que es el instrumento de elección para la prevención de lesiones graves en el canal de parto. La ventosa obstétrica no constituye, como el fórceps, un factor de riesgo de desgarros perineales de III y IV grado.

- Se actuó con todos los medios posibles para prevenir complicaciones del periodo expulsivo del parto. La ventosa obstétrica es el instrumento que menos daños maternos provoca, comparando con el fórceps. Se realizó una episiotomía para prevenir daños de las estructuras como recto, uretra o vejiga.

- El desgarro cervical y vaginal son hechos independientes de la plaquetopenia y pueden producirse durante cualquier parto vaginal.

- Se ha diagnosticado y reparado correctamente la lesión del canal de parto.

- Se ha informado a la paciente de la gravedad de la lesión programando el adecuado seguimiento posterior.

- Tras el tratamiento recibido en el Servicio de Rehabilitación la paciente presenta importante mejoría: no nota dolor, no presenta incontinencia urinaria. Persiste algún episodio de urgencia sin incontinencia urinaria asociada. En la exploración ginecológica se observa mínima dehiscencia cutánea en la horquilla posterior.

- Las molestias, que aún sigue teniendo la paciente y una mínima dehiscencia cutánea en la horquilla posterior, son consecuencia de la atención del parto con ventosa, a la que tuvo que ser sometida la paciente, necesariamente. La única manera que habría evitado estas complicaciones, pero no todas, hubiera sido la realización de una cesárea. Pero hay que tener en cuenta que cuando ocurre este tipo de complicación del parto, la no progresión de la presentacióncefálica en el 3er plano, es muy difícil o a veces imposible, realizar la cesárea sin provocar lesiones fetales".

SEXTO.- Habiendo transcurrido el plazo de tres meses establecido para emisión del Informe de la Inspección Médica sin que se haya evacuado éste, se continuó el procedimiento administrativo tomando como base el artículo 42.5 letra c) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en concordancia con el artículo 83.3 de la misma, y con los Dictámenes 137/04 y 176/2003 de este Consejo Jurídico, así como con el Protocolo de Agilización del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial (aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud, en su sesión de fecha 27/05/2011), por lo que se notificó la apertura del trámite de audiencia a los interesados en el procedimiento (folios 241 a 244 bis expte.).

SÉPTIMO.- Tras retirar copia del expediente, con fecha 13 de enero de 2017 la interesada formula alegaciones (folios 249 a 261 expte.) manifestando, en síntesis, que reiteraba lo ya expuesto en escrito de reclamación inicial, al haber reconocido la Gerencia del Área de Salud IV que se produjo un fallo de seguridad de la paciente en el Programa de Atención Integral a la Mujer, (PIAM), aplicado en dicha Área durante 2013, conforme al cual si en los resultados de las analíticas practicadas a la gestante en el segundo trimestre de su gestación las plaquetas eran inferiores a 100.000 se la debía derivar a consulta de alto riesgo, para continuar en dicha Unidad el control de su embarazo. Volvió a reiterar que constaba en el informe de alta médica emitida tras el parto que durante el embarazo presentó una "plaquetopenia" que no fue estudiada en dicho periodo, lo que obligó a que cuando en el momento del parto se produjo un desgarro vaginal, se le hubiera de realizar una transfusión sanguínea. También aportó la cartilla de la embarazada en la que se evidenciaba la reducción de hematocritos y hemoglobina en el segundo y tercer trimestre de gestación respecto del primero, siendo dicha circunstancia obviada por el Matrón. Si bien reconocía que el desgarro vaginal podía producirse en el transcurso de un parto cuya gestante no padeciera la enfermedad de la "plaquetopenia", dicha circunstancia en su opinión contribuyó a que se prolongara la curación de las secuelas que produjo dicho incidente. Así concluía que con independencia de las interpretaciones médicas que se pudieran realizar sobre el tratamiento que se le debería haber dispensado para tratar dicha patología, así como de la posible relación causal existente entre la falta de tratamiento de dicha enfermedad y las complicaciones posteriores que se produjeron, lo cierto era que la falta de diagnóstico de la "plaquetopenia" le privó del uso de la cartera de servicios sanitarios que le correspondía y de obtener otros diagnósticos, incluso privados, que hubieran evitado los daños sufridos. Por último, reitera el importe de la indemnización solicitada.

OCTAVO.- A la vista del contenido del escrito de alegaciones formulado por la reclamante, se otorgó a la compañía aseguradora un nuevo trámite de audiencia, a fin de que tuviera conocimiento de dicho escrito y de los documentos que con el mismo se adjuntaban, no habiendo realizado alegaciones al respecto.

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 24 de octubre de 2017 (folios 263 a 276 expte.), desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no quedar acreditado que existiera una actuación sanitaria contraria a la *lex artis*.

DÉCIMO.- Con fecha 13 de noviembre de 2017 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 LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP, 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), LPACAP, 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 LPACAP), no siendo el caso del sometido a Dictamen en el que la reclamación se formula con fecha 25 de noviembre de 2015.

II. La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC.

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. En cuanto al plazo para reclamar, el artículo 142.5 LPAC dispone que "*En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas*". La acción resarcitoria se ejercitó el 25 de noviembre de 2015, constando en la historia clínica, al menos, un informe de revisión del Servicio de Ginecología del Hospital Comarcal del Noroeste, de 29 de octubre de 2015 (folio 96 expte.), en el que se indica "*mínima dehiscencia cutánea en horquilla posterior. Periné íntegro. Reflejo bulbocavernoso mantenido. Sensibilidad perineal mantenida. No celes*", por lo que a partir de dicha fecha podrían entenderse estabilizadas las secuelas del parto y, en consecuencia, se habría interpuesto la reclamación dentro del plazo normativamente establecido.

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 del principio de eficacia por el que se ha de regir el actuar administrativo (artículo 3 LPAC).

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 de la Constitución Española (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 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 predictable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma que "*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 3^a, 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, más 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 1^a, 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 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, el daño indemnizable surge porque durante el embarazo presentó una "plaquetopenia" que no fue estudiada en dicho periodo, lo que obligó a que cuando en el momento del parto se produjo un desgarro vaginal, se le hubiera de realizar una trasfusión sanguínea, y que aunque el desgarro vaginal podía producirse en el transcurso de un parto cuya gestante no padeciera la enfermedad de la "plaquetopenia", dicha circunstancia en su opinión contribuyó a que se prolongara la curación de las secuelas que produjo dicho incidente. Por ello, sigue diciendo, con independencia de las interpretaciones médicas que se pudieran realizar sobre el tratamiento que se le debería haber dispensado para tratar dicha patología, así como de la posible relación causal existente entre la falta de tratamiento de dicha enfermedad y las complicaciones posteriores que se produjeron, lo cierto era que la falta de diagnóstico de la "plaquetopenia" le privó del uso de la cartera de servicios sanitarios que le correspondía y de obtener otros diagnósticos, incluso privados, que hubieran evitado los daños sufridos.

Frente a tales imputaciones, la propuesta de resolución sometida a Dictamen, sustentada en la historia clínica y los informes que se han aportado por los facultativos interviniéntes y la compañía de seguros del Servicio Murciano de Salud, alcanza la conclusión de que no ha existido una actuación sanitaria contraria a la *lex artis* en el tratamiento de la reclamante.

No aporta la reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga la negligencia médica, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que "*Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...*".

Y, en concreto, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria adquiere especial valor probatorio la prueba pericial médica, como así ha puesto de manifiesto la Sala 3^a del Tribunal Supremo en numerosas ocasiones, como en su sentencia de 1 de marzo de 1999 (recurso 7980/1994).

No habiendo aportado la reclamante ningún informe pericial médico, tendremos que acudir a los obrantes en el expediente, realizando las siguientes consideraciones:

1º.- En cuanto a la plaquetopenia padecida durante el embarazo, es cierto que ésta fue detectada en los análisis ordenados por el Matrón, y que no fueron derivados para su valoración por el Médico de Familia o por el Ginecólogo, pero es que aunque se hubiese cumplido el protocolo, la trombocitopenia padecida por la reclamante es "gestacional", tal y como se afirma en el informe de evolución del Servicio de Hematología del Hospital Comarcal del Noroeste (folio 146) y, como se concluye en el informe pericial aportado por la compañía

aseguradora -- (folio 218 vuelto), en relación con la trombopenia gestacional "*Es asintomática, no tiene tratamiento y no tiene riesgo de plaquetopenia fetal/neonatal*"; siendo únicamente necesario el tratamiento en gestantes con (folio 219 vuelto):

- Recuentos de plaquetas < 10.000/ μ l.
- Recuentos entre 10.000 ? 30.000/ μ l en el primer o segundo trimestre.
- Recuentos entre 30.000 ? 50.000/ μ l en el tercer trimestre (dependiendo de la proximidad del parto).

-Clínica de sangrado.

Así, de las analíticas obrantes en el expediente, en la realizada con fecha 25 de abril de 2013 (primer trimestre) (folio 151) el recuento de plaquetas es de 120.000; el 23 de agosto de 2013 es de 94.000 (segundo trimestre) (folio 155); el 20 de noviembre de 2013 es de 65.000 y el 14 de diciembre de 2013 (fecha del parto) a las 3:31 horas es de 56.000, a las 12:50 horas es de 87.000 (folio 165), a las 16:37 horas es de 81.000 (folio 160), a las 19:44 horas es de 151.000 (folio 161); por ello resulta evidente que la trombopenia gestacional que padecía la reclamante no tenía tratamiento alguno ni riesgo para el feto o el neonato.

2º.- Además, no resulta admisible ni concebible que la trombopenia pueda utilizarse por la reclamante para hilar dicha patología (en una relación de causa/efecto) como causa del desgarro vaginal producido durante el parto; máxime cuando ni siquiera aporta indicio o prueba alguna que pueda sugerir o corroborar dicha afirmación.

En efecto, como se afirma en el informe emitido el 7 de marzo de 2016, por el Dr. x, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Comarcal del Noroeste referido en los antecedentes, "*En el caso de la paciente, el estancamiento de la presentación cefálica en el tercer plano requirió la aplicación de una ventosa para la extracción fetal.*

Como resultado de la tocurgia, se produjo un desgarro del canal blando del parto requiriéndose valoración en quirófano con los siguientes hallazgos: desgarro de la comisura cervical derecha, desgarro de la pared vaginal superior o anterior, y desgarro perineal de 30 grado. Se procedió a la sutura de los mismos en quirófano.

Igualmente, en el informe pericial de la compañía aseguradora del SMS se afirma, en relación con la ventosa, que las indicaciones más frecuentes son "*la falta de progresión de la cabeza fetal en el conducto pélvico...*", indicando en cuanto a sus complicaciones que "*Son frecuentes las lesiones vaginales, vulvares y perianales leves*"; siendo el parto vaginal el factor más determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico.

Tenemos, por último, que acudir al consentimiento informado sobre la asistencia al parto que obra en el

expediente (folios 127 y 128), firmado por la reclamante y en el que se exponen como complicaciones más importantes del mismo, entre otras, "Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulgares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave); por lo que queda corroborado que el desgarro es una de las complicaciones típicas del parto.

En consecuencia, y como se afirma en el informe pericial de la compañía aseguradora tantas veces referido "*la atención prestada a x durante el control de la gestación y en el momento del parto en el Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz (Murcia) el día 14 de diciembre de 2013, fue acorde a la Lex Artis ad Hoc*", sin que el hecho de que el control plaquetario durante el embarazo no fuese realizado por el ginecólogo privara a la reclamante del uso de la cartera de servicios sanitarios que le correspondía, puesto que su trombopenia no requería de tratamiento, con independencia del servicio sanitario público o privado que se utilice, y dicha patología no tuvo influencia alguna en el posterior desgarró del periné que se produjo durante el parto, que es una de las posibles complicaciones del mismo, ni en su posterior evolución..

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

CONCLUSIONES

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.