



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **206/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 1 de agosto de 2018, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 1 de diciembre de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **375/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 19 de enero de 2016, X presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Murciano de Salud.

Relata la interesada que el 19 de enero de 2015 y tras un embarazo normal ingresó en el Hospital "Virgen del Castillo" de Yecla para dar a luz. Durante el parto, y a pesar de su normalidad, le practicaron una episiotomía que no estaba indicada, de la que no fue informada y a la que no prestó su consentimiento. Como consecuencia de ella ha sufrido *"dolor intenso durante meses, disfunción sexual, incapacidad para realizar sus actividades cotidianas, malestar psicológico y necesidad de cirugía reparadora"*.

Ante la persistencia del dolor y tras diversos episodios en los que acude en demanda de asistencia bien al Centro de Salud bien a consultas externas del Hospital, se le informa de la posibilidad de efectuar cirugía reparadora. Sin embargo, cuando el 22 de mayo solicita la intervención sugerida, se le deniega, por lo que sigue padeciendo dolores durante meses, sin que por la sanidad pública se le ofrezca una solución a sus padecimientos, por lo que el 24 de noviembre de 2015 es operada en la "Clínica Quirón" de Valencia de *"fibrosis postepisiotomía + hiperlaxitud pared vaginal posterior"*, recibiendo el alta el 13 de enero de 2016. Considera la reclamante que, existiendo la posibilidad de reparar la fibrosis cicatricial, la sanidad pública no le dispensó los cuidados necesarios para tratar la lesión, *"algo que consiguió la medicina privada en una sola consulta"*.

Considera la interesada que la episiotomía se le realizó de forma rutinaria y, en consecuencia, de forma contraria a normopraxis. Además, afirma que no se le informó en ningún momento de la asistencia al parto ni se le solicitó su permiso para realizarle dicha actuación. Finalmente, considera que se produjo una omisión de medios, ya que hubo de acudir a la sanidad privada para que solucionaran las complicaciones y molestias que le habían quedado como consecuencia de la intervención.

Por todo lo expuesto, solicita una indemnización de 83.074 euros, que desglosa en los siguientes conceptos: 60.000 euros por daños morales, 20.914 euros por daños físicos y 2.160 euros por los gastos derivados del tratamiento en la sanidad privada.

Propone prueba documental, consistente en la que acompaña junto a su escrito (copia de la historia clínica) y que se requiera al centro sanitario el protocolo de atención al parto normal que se sigue en el Hospital "Virgen del Castillo" de Yecla.

Aporta, asimismo, copia de facturas de la "Clínica Quirón" de Valencia y de honorarios de una fisioterapeuta, cuyo informe también se une al expediente.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS, se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo, da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Asesoría Jurídica del SMS y a la aseguradora de este último, al tiempo que recaba de la Gerencia del Área de Salud V la copia del historial clínico de la paciente e informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

TERCERO.- Recibida la documentación solicitada, destacan los siguientes informes de los médicos intervinientes:

- El del ginecólogo que asistió el parto, según el cual:

"La señora X fue atendida por mí durante la medianoche del día 20 de enero del 2015. Se encontraba en trabajo de parto, el cual duró aproximadamente 11 hs, desde la apertura del partograma a las 14 hs, en donde se encontraba con 2 cm de dilatación. Durante la primera parte del periodo expulsivo, fue atendido por la matrona Natalia Torrano Cano, momento en el cual se pone de parto otra paciente que se encontraba en dilatación, por lo cual, ella se dirige al otro paritorio para asistir a la otra paciente que también se encontraba en periodo expulsivo. Al asistir a la Señora X, compruebo que estaba en dilatación completa, escuchando y mirando el monitor fetal veo que comienza a hacer variables y durante la última etapa del expulsivo hace una bradicardia fetal por lo cual decido acortar el periodo expulsivo realizando una episiotomía, como se suele hacer siempre en estos casos (paciente primeriza, monitor con desaceleraciones variables). La paciente evoluciona favorablemente dándose el alta el día 22 de enero del 2015.

Vuelvo a tomar contacto con la paciente el día 22 de mayo del 2015, la misma viene a la consulta de ginecología de ese día y me plantea que tiene dolor en la episiotomía, la paciente en ese momento me increpa diciendo que por culpa de la episiotomía que yo le hice no puede tener una vida normal, no puede salir a correr, ni andar en bicicleta y tampoco puede tener relaciones, todo debido a la episiotomía, entonces procedo a la exploración y observo que tiene una vulva completamente normal con su episiotomía perfectamente cicatrizada, debido a la

insistencia de la paciente llamo a mi compañero en ese momento Dr. X para que él vea a la paciente, opinando lo mismo, no conforme la paciente, llamo al Dr. Y el cual viene a la consulta y constata lo mismo. Ese día la paciente fue vista por 3 especialistas en ginecología distintos, aun así seguía insistiendo en que le hiciéramos algo con la episiotomía, a lo cual le expliqué que estaba perfectamente cicatrizado, que probablemente las molestias se debían a la falta de lubricación vaginal propia de la etapa progestacional debido a la lactancia.

El día 09 de julio del 2015 encontrándome de guardia vuelve la paciente refiriendo molestias y que seguía igual, siempre en forma agresiva y dudando de todo lo que le decía, en todo momento traté de empatizar con la paciente, vuelvo a revisarla y me dio la impresión de que presentaba una pequeña lesión a nivel de la episiotomía lo cual era de pensar que se trataba de un granuloma de la episiotomía (proceso inflamatorio crónico que se suele formar en algunas cicatrices) aclaro que la paciente en todo momento se mostraba reticente a todo lo que le decía, haciendo gestos y dudando de lo que le decía. En ese momento la mediqué con antibióticos, ibuprofeno y omeprazol.

La paciente vuelve a tomar contacto conmigo el día 12 de agosto, en donde decido pedirle un electromiografía de la zona vulvar, la paciente en todo momento se mostraba agresiva y haciendo juicios de valor con respecto a mi profesionalidad y persona con otros colegas y con las enfermeras de la consulta, con las cuales también tenía una conducta irascible, repito en todo momento traté de empatizar con la paciente, hasta que debido a la desconfianza y los juicios de valor hacia mi honor personal y profesional decido que sea vista por otro colega. Esa misma mañana me llama la matrona del centro de salud y me informa de que se presenta en su consulta la paciente preguntándole si se podía hacer una electromiografía estando embarazada, ya que se encontraba embarazada de poco tiempo y no sabía si se la podía hacer.

La paciente durante la consulta me ocultó que se encontraba embarazada".

- El de uno de los ginecólogos que revisó a la paciente a solicitud del ginecólogo que la trataba:

"Pongo en su conocimiento que el día 22 de mayo de 2015, a petición del Dr. T., acudí a la consulta de Ginecología para ayudar en la exploración de una paciente.

Dicha paciente refería unas molestias y anomalías físicas y alteraciones anatómicas en sus genitales externos, concretamente en la zona del periné, que ella achacaba a cambios secundarios a una episiotomía de su parto anterior.

A petición de mi compañero, exploré clínica y ecográficamente a esta paciente, de forma exhaustiva, sin hallar ninguna de las alteraciones anatómicas que ella refería, sin encontrar ningún punto "gatillo" anatómico ni estenosis vaginal ni queloide de la cicatriz.

A la vista de la insistencia de la paciente, en compañía de mi compañero, Dr. T., de la forma más delicada y respetuosa posible, intenté hacer comprender a la paciente la ausencia de hallazgos objetivos de anomalías, así como que ciertas alteraciones de la sensibilidad en esas zonas pueden ser transitorias y obtener mejorías marcadas y desaparición con el tiempo.

El trato con la paciente fue en todo momento el máximo de respetuoso, así como se intentó hacer un poco de psicoterapia inicial para evitar fijaciones emocionales patológicas.

Es evidente que no fueron efectivas y que la paciente lo malinterpretó todo, de forma voluntaria o inconsciente.

Todas las afirmaciones que nieguen lo anterior no son ciertas".

CUARTO.- Con fecha de 9 de mayo de 2016, se solicita informe a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (Inspección Médica) y se remite el expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

QUINTO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe pericial elaborado por un especialista en Ginecología y Obstetricia, cuya conclusión es que *"la actuación en cuanto a la atención al parto a D.a ... se ajusta a las recomendaciones de la SEGO, no solo en la realización de episiotomía mediolateral para favorecer el expulsivo ante una gráfica fetal intranquilizadora que claramente requiere la puesta en marcha de medidas encaminadas a favorecer la extracción fetal (y el método más inocuo en este caso es la realización de una episiotomía), sino también por el manejo del dolor postoperatorio que padece la paciente y por tanto es acorde a Lex Artis".*

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, la reclamante presenta alegaciones negando la existencia de una situación de pérdida de bienestar fetal como desencadenante de la necesidad de efectuar una episiotomía. Dicha afirmación la apoya en un informe pericial que alcanza las siguientes conclusiones:

"(...) 4.- En el caso analizado no existía ninguna indicación feto-materna para realizar la episiotomía.

5.- La realización de la episiotomía, además de ser injustificada, presentó complicaciones en su cicatrización, debiendo de soportar la paciente una disminución en su calidad de vida manifestado por dolor perineal y en las relaciones sexuales.

6.- De acuerdo con los datos obrantes en la historia clínica no hay datos que sugieran que la omisión de la episiotomía hubiese ocasionado una morbilidad materna mayor que la que se produjo con la práctica de la episiotomía, ya que el descenso rápido del feto a través del canal del parto permite descartar una rigidez perineal que hubiese provocado un desgarro espontáneo, el feto se encontraba en una posición adecuada y era de escaso peso.

7.- Así pues, podemos concluir que en ausencia de episiotomía la probabilidad de que se hubiese producido un desgarro era mínima.

8.- Consecuentemente, la realización de la episiotomía añadió una morbilidad injustificada e innecesaria al parto, que evolutivamente provocó dolor perineal y dolor con las relaciones sexuales que hizo necesaria una nueva intervención quirúrgica.

9.- Se realizó estudio neurofisiológico que como era esperable no presentó alteraciones pues no estaban afectados los troncos nerviosos mayores, sin las ramas terminales que inervan la mucosa vaginal y que resultaron afectadas debido a la mala evolución de la episiotomía.

10.- No se suministró tratamiento efectivo para solucionar dichas complicaciones a pesar de que acudió en demanda de ayuda en múltiples ocasiones tras el parto.

11.- Hubo de ser la sanidad privada la que solucionara definitivamente el problema sustituyendo la cicatriz enferma que provocaba la sintomatología que refería la paciente por una cicatriz nueva, evolucionando a partir de entonces satisfactoriamente.

12.- Se aprecia un defecto de información tanto en lo relativo a la inducción del parto como a la realización de la episiotomía.

13.- La lesión sufrida por la Sra. X es consecuencia directa de una práctica rutinaria de la episiotomía, de haberse actuado conforme a la *lex artis* el daño no se habría producido".

Con fundamento en esta pericia, la interesada se ratifica en su pretensión inicial y, además, hace una nueva imputación relativa a la no existencia de indicación para la inducción al parto con oxitocina sintética y la falta de información y consentimiento para su administración, añadiendo a su pretensión indemnizatoria inicial 6.000 euros más por este motivo.

SÉPTIMO.- Con fecha 27 de marzo de 2017 la Inspección Médica evacua su informe, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1. La realización de episiotomías de rutina se considera actualmente una práctica no adecuada, lo cual no impide ni descarta la realización de episiotomías selectivas aun cuando se conozcan las potenciales y posibles consecuencias negativas que conlleva su ejecución.

2. A Doña X le fue practicada una episiotomía derecha medio lateral para abreviar el periodo expulsivo del parto y facilitar así la extracción del feto. Dentro de las posibles opciones de episiotomía esta opción está reconocida en la bibliografía como la de menor repercusión potencial negativa sobre la anatomía y funcionalidad materna aunque requiere en ocasiones meses de recuperación.

3. El registro de la gráfica fetal o cardiotocográfico en las últimas fases del parto presentó deceleraciones variables típicas y bradicardia fetal que a criterio del facultativo asistente del parto eran motivo suficiente para la realización de episiotomía en evitación de riesgos potenciales de sufrimiento fetal. Los criterios del registro de variables de carácter cardiotocográfico de la literatura médica de clasificación de riesgo posible de bienestar fetal, pudieron no estar completamente definidos y completos en este caso, pero a la luz de las alteraciones detectadas en la frecuencia fetal, el facultativo priorizó evitar un riesgo de deterioro del bienestar del feto y sus consecuencias acelerando el periodo expulsivo, bajo el criterio profesional cimentado en signos de gráfica fetal no tranquilizadores y en su propia experiencia clínica. Se puede considerar que esta decisión de realizar la episiotomía no incurrió en práctica inadecuada.

5. La atención posterior ante las repercusiones de la episiotomía fue realizada tanto en régimen de urgencias como en consultas externas aplicándose medidas médicas y de estudios electromiográficos, con revisiones en hospital que de forma reiterada según los informes manifiestan ausencia de patología ginecológica salvo granuloma de cicatriz en estadios iniciales. La relación clínico-paciente se deterioró de forma importante en el curso de este proceso con pérdida de la confianza que precisa y requiere el propio acto médico a desarrollar entre las partes. La atención prestada a la paciente ante la sintomatología manifestada por esta tras la episiotomía puede considerarse correcta y adecuada aunque en opinión de la paciente no fuese satisfactoria y resolutive de su situación ante lo cual esta acudió voluntariamente a clínica privada donde fue intervenida tras ser diagnosticada en dicho centro de desgarro perineal (II) e hipersensibilidad de cicatriz.

6. La decisión de la episiotomía esta incurso dentro de las posibles actuaciones dentro del proceso del parto siendo de naturaleza sobrevenida y por lo tanto exenta del requerimiento del consentimiento informado al tratarse de una intervención inmediata por su propio fin, aunque sea recomendable la información y comunicación previa al proceso de parto sobre tal posibilidad".

OCTAVO.- Conferido nuevo trámite de audiencia el 6 de abril de 2017, no consta que los interesados hicieran uso del mismo.

NOVENO.- Solicitado informe complementario a la Inspección Médica para que se pronuncie sobre la imputación realizada por la reclamante en el primer trámite de audiencia relativa a la no existencia de indicación para la inducción al parto con oxitocina sintética y sobre la falta de información y consentimiento para su administración, se evacua el 21 de septiembre de 2017, con la siguiente conclusión:

"D.^a... gestante de 36+2 presentó RPM a la 1:30 del día 19 de enero. Tras la realización de exploración y RCT causó ingreso y se adoptó actitud expectante. A la mañana siguiente a las 12 horas de producirse la RPM se inició el parto siendo este estimulado con oxitocina, actitud acorde a protocolos asistenciales.

La oxitocina es el principio activo del que más conocimiento tienen los obstetras por su utilización durante años. Su uso más frecuente es la estimulación y el mantenimiento de la dinámica uterina durante el trabajo de parto y así es como se utilizó en el caso de D.^a ..., no es práctica habitual solicitar consentimiento para su utilización en el entorno clínico analizado.

(...)

CONCLUSIÓN

La atención prestada a D.ª... en relación a la estimulación con oxitocina de su parto es adecuada al buen hacer y nada tiene que ver con la realización de la episiotomía, motivo que generó su reclamación".

DÉCIMO.- Otorgado nuevo trámite de audiencia a los interesados, no consta que hayan hecho uso del mismo.

UNDÉCIMO.- Según se desprende del expediente, la interesada ha presentado recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación, que se tramita con número P.O. 369/17, ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Murcia.

DUODÉCIMO.- Con fecha 28 de noviembre de 2017, la instrucción formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco considera acreditada, toda vez que estima que la asistencia dispensada a la reclamante durante el parto y tras él se ajustó a los dictados de la ciencia médica.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de dictamen mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 1 de diciembre de 2017.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

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

I. Por lo que se refiere al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015) y que este nuevo Cuerpo legal y 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.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC 2015 dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La actora está legitimada para deducir la pretensión resarcitoria por los daños sufridos en su persona a que se refiere en su reclamación.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, se presenta la reclamación al año justo del parto a cuyo desarrollo se imputan los daños, por lo que ha de considerarse temporánea, sin necesidad de ulteriores consideraciones acerca de la estabilización o consolidación de los daños físicos por los que se reclama, que se habría producido meses después.

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.

No obstante, cabe recordar que, en lo posible, ha de evitarse la reiteración de los trámites de audiencia que redundan en una ralentización del procedimiento y en incomodidades para los interesados, lo que se puede conseguir con una mejor planificación del procedimiento y de las actuaciones instructoras, de forma que el trámite de audiencia se confiera a los interesados sólo una vez culminada la instrucción y cuando ya se puede obtener una visión completa del expediente.

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 razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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 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-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública (STSJ Extremadura, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 285/2011, de 22 diciembre), lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

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

La reclamante alega que, con ocasión de su primer parto acaecido en el Hospital "Virgen del Castillo" de Yecla el 19 de enero de 2015, se le dispensó una atención obstétrica defectuosa y alejada de los protocolos y guías médicas de actuación, pues se le indujo el parto con oxitocina, sin haber sido informada al respecto y sin recabar su consentimiento, como tampoco se obtuvo dicho consentimiento informado para la práctica de una episiotomía, que califica de innecesaria y de la que se derivaron numerosas molestias y complicaciones, cuya resolución no se consiguió hasta que la actora acudió a la sanidad privada.

Se analizan a continuación las actuaciones materiales que se realizaron sobre la paciente (inducción al parto y episiotomía), dejando para una consideración ulterior la relativa a la vulneración del derecho a la autonomía del paciente por no trasladarle la información necesaria ni recabar su consentimiento para la realización de ambas actuaciones.

1. La inducción del parto con oxitocina.

Para la actora, se le indujo el parto mediante la administración de oxitocina, sin que existiera indicación médica para ello y sin que se recabara su consentimiento previa información de sus riesgos y alternativas.

Afirma el perito de la reclamante que cuando se inició la administración de oxitocina el parto todavía no se había desencadenado y que, en la medida en que el parto inducido tiene más riesgos que el parto espontáneo, es necesario recabar el consentimiento de la parturienta.

Frente a dichas consideraciones, la Inspección Médica considera que en atención a que se trataba de una gestación a término y que se había producido rotura prematura de membranas, la inducción farmacológica del parto era acorde a protocolos asistenciales, toda vez que el aprobado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) para los casos de rotura prematura de membranas en embarazos a término, señala que *"los resultados tanto maternos como fetales parecen sugerir que la maduración/inducción del parto en las primeras 24 horas tras la rotura de la bolsa presenta mejores resultados que la conducta expectante durante más tiempo"*.

En el supuesto sometido a consulta, la estimulación del parto se produjo cuando ya habían transcurrido doce horas desde la rotura de la bolsa amniótica, lo que para la Inspección Médica se considera correcto.

2. La episiotomía.

Para la recurrente, se le realizó una episiotomía de forma rutinaria aun cuando no resultaba necesaria, pues el feto no presentaba bradicardia ni existían indicios de sufrimiento fetal en el registro tococardiográfico (RCT).

Así lo indica el perito de la reclamante en su informe, para quien la rápida evolución de la fase expulsiva del parto, la información ofrecida por el RCT y la propia actuación del ginecólogo asistente al parto descartan que se dieran

las circunstancias que podrían llegar a justificar la realización de la episiotomía con la finalidad de facilitar y acortar el expulsivo.

Así, respecto del RCT, destaca que hasta las 23:15 horas no hay nada anormal. A esa hora, sí se registran tres deceleraciones variables con lenta recuperación de la línea basal, que son atribuibles a los pujos y que no deben interpretarse como pérdida de bienestar fetal, porque se acompañan de una variabilidad normal del latido fetal y, de hecho, esas deceleraciones son seguidas de un RCT normal. La propia actitud del ginecólogo actuante demuestra que dichas deceleraciones no son preocupantes, porque adopta una actitud expectante ante ellas, sin suprimir la perfusión de oxitocina ni administrar oxígeno a la parturienta, que sería lo indicado ante una sospecha de hipoxia fetal. De hecho la gasometría del cordón umbilical muestra un pH de 7,3, dentro de la normalidad, que no sería compatible con una situación de preacidosis que obligara a precipitar el parto.

Frente a esta valoración, la Inspección Médica analiza el registro tococardiográfico y destaca la existencia, sobre las 20:50 horas, de deceleraciones variables típicas que no superan el 50% de las contracciones durante más de 90 minutos y luego, a las 23:15 horas, se detectan tres deceleraciones variables en cercanía con fenomenología de pujos. A la luz de estos datos, la inspectora informante considera que, si bien es cierto que no se cumplían de forma completa los criterios de registro de variables cardiotocográficas para considerar que existía riesgo posible de alteración del bienestar fetal, *"a la luz de las alteraciones detectadas en la frecuencia fetal, el facultativo priorizó evitar un riesgo de deterioro del bienestar del feto y sus consecuencias acelerando el período expulsivo, bajo el criterio profesional cimentado en signos de gráfica fetal no tranquilizadores y en su propia experiencia clínica"*. Finaliza la Inspección afirmando que esta decisión de realizar la episiotomía no incurrió en práctica inadecuada.

Como se desprende de los referidos informes y de las guías de atención clínica al parto y protocolos de referencia, la episiotomía es una de las técnicas que el personal sanitario asistente en los partos puede emplear, aunque no de forma rutinaria sino selectiva y sólo cuando sea necesario, como sucede en casos en que por su evolución o por diversas circunstancias sea aconsejable acelerar, mediante maniobras o intervenciones quirúrgicas, la fase expulsiva del nacimiento. Es lo que sucedió en el supuesto sometido a consulta, en el que el ginecólogo señala que hizo la episiotomía al observar que la parturienta estaba ya en dilatación completa y que el monitor cardiotocográfico fetal comenzó a hacer variables y, durante la última etapa del expulsivo, una bradicardia, por lo que decide acortar el expulsivo.

Si bien la existencia de la bradicardia fetal (negada por el perito de la reclamante) no parece tener reflejo en los registros RCT o, al menos, no la señala expresamente la Inspección Médica cuando reproduce los eventos reseñables que ofrece la indicada gráfica (folio 270 del expediente), lo cierto es que para dicha unidad inspectora lo relevante es que sin ser tales registros claramente sugestivos de sufrimiento fetal, tampoco se encontraban en los parámetros de normalidad, por lo que la actitud del ginecólogo que prioriza el bienestar del feto cuando los registros RCT comienzan a mostrar alteraciones y decide acortar el expulsivo del parto mediante la realización de la episiotomía, impediría considerar esta decisión, amparada en el sentido clínico y la propia experiencia del facultativo, como una actuación contraria a normopraxis.

Por otra parte, los referidos informes ponen de manifiesto que no existe ningún indicio de mala praxis en la realización misma de la episiotomía, sin que la reclamante haya acreditado nada al respecto ni se pronuncie sobre dicho extremo el informe pericial por ella aportado al procedimiento.

3. La atención posterior al parto.

Señala la reclamación que tras la realización de la episiotomía la paciente sufrió dolores constantes en la zona genital y perineal que le impedían tener relaciones sexuales y realizar múltiples actividades de la vida diaria. Dicha situación se mantuvo durante meses, sin que por parte de la Sanidad pública se le ofreciera una solución efectiva, limitándose a prescribirle tratamientos analgésicos para el dolor y cremas lubricantes. Tras acudir a una clínica privada se le interviene quirúrgicamente en la zona afectada por la episiotomía resolviendo el problema en unas pocas semanas.

La pericia aportada por la actora al procedimiento no efectúa una valoración desde la perspectiva de la praxis médica acerca de la actuación facultativa en las múltiples ocasiones en que acudió en demanda de ayuda para solucionar el dolor, sino que se centra en el resultado. Es decir, afirma que la sanidad pública no le dio una solución efectiva al problema y que hubo de acudir a la privada para que se le resolviera, sustituyendo la cicatriz enferma que provocaba la sintomatología que refería la paciente por una cicatriz nueva, evolucionando a partir de entonces satisfactoriamente.

No obstante, como se ha dicho, ello no permite considerar que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante no fuera adecuada a normopraxis en atención a las circunstancias que presentaba en cada una de las ocasiones en las que acudió en demanda de ayuda. De hecho, ni siquiera se detiene en considerar el informe pericial aportado por la actora en qué momento ya estaría indicada la cirugía reparadora y no cualquiera de los tratamientos que se le dispensaron a la paciente.

Por otra parte, si bien la cirugía realizada sobre la episiorrafia previa resultó satisfactoria, ello no significa que estuviera indicada, pues como afirma el perito de la aseguradora del SMS, se le somete a dicha intervención quirúrgica de forma empírica y sin haber identificado de forma clara el motivo del dolor, por lo que no era descartable que tras la operación surgiera la misma sintomatología dolorosa como consecuencia del dolor postquirúrgico, al sustituir una cicatriz por otra.

En cualquier caso, la actitud terapéutica adoptada por los facultativos del SMS no resulta imputable a un único ginecólogo, sino que fue respaldada por cuatro especialistas que exploraron a la interesada y no apreciaron la necesidad o conveniencia de una intervención reparadora.

Del mismo modo, la Inspección Médica afirma que la atención prestada a la paciente ante la sintomatología manifestada por ésta tras la episiotomía puede considerarse correcta y adecuada aunque en opinión de la paciente no fuese satisfactoria y resolutive de su situación.

Corolario de lo expuesto es que no se aprecia vulneración de la *lex artis* material en la asistencia dispensada a la paciente con ocasión del alumbramiento de su primer hijo ni en el tratamiento de las complicaciones derivadas de la episiotomía.

QUINTA.- Sobre la ausencia de consentimiento informado para la inducción al parto y para la práctica de la episiotomía.

Señala la reclamante que no se recabó su consentimiento informado ni para la inducción del parto con oxitocina ni para la práctica de la episiotomía, vulnerándose así su derecho a la información sanitaria y a decidir sobre su propia salud.

I. Derecho del paciente a ser informado para decidir de forma libre y consciente acerca de su propia salud.
Doctrina general.

a) Para el correcto análisis de la situación expuesta, resulta preciso comenzar por destacar la facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Señala el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 37/2011, que para que esa facultad de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos.

Comoquiera que la doctrina de este Consejo Jurídico acerca del derecho y correspondiente deber de información en el ámbito asistencial sanitario es conocida por la Consejería consultante, habiendo sido expuesta en multitud de dictámenes emitidos a petición suya, se omite su reproducción *in extenso*. Baste ahora con recordar que, de conformidad con el régimen jurídico de la autonomía del paciente y el elenco de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, comprendiendo, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art. 4). Este derecho de información se particulariza en el artículo 8 de la Ley, como consentimiento informado, libre y voluntario del afectado, que habrá de recabarse para toda actuación en el ámbito de su salud. El consentimiento habrá de serlo por escrito cuando se refiere a intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, y para obtenerlo habrá de ofrecérsele información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sus riesgos.

b) En cualquier caso, el deber de información al paciente ha de sujetarse a criterios de razonabilidad y proporcionalidad, de modo que habrán de ponderarse en cada caso concreto las circunstancias concurrentes del caso, algunas de las cuales tienen un reflejo legal, mientras que otras han sido objeto de consideración jurisprudencial. Entre las primeras (art. 9.2, letra b, Ley 41/2002), la urgencia del caso, de forma que a mayor urgencia menos información es exigible, la necesidad del tratamiento, o el carácter novedoso o la duda razonable acerca de los efectos del tratamiento o de la intervención.

Como se ha dicho, también la jurisprudencia ha relativizado el deber de información en atención a otras circunstancias, de modo que a mayor indicación del tratamiento o intervención, menor información es obligatorio trasladar, teniendo este criterio sus manifestaciones extremas y opuestas en los supuestos de medicina satisfactiva, por una parte, en la cual la mínima o inexistente necesidad del tratamiento convierte la exigencia de información en mucho más estricta; y, de otra, los tratamientos o intervenciones que constituyen la única alternativa terapéutica para la dolencia del paciente, en los cuales, si bien no cabe afirmar de forma categórica que el médico queda exento de informar al paciente, pues ello supondría incurrir en la falacia de admitir que las enfermedades o intervenciones que tengan un único tratamiento, según el estado de la ciencia, no demandan consentimiento informado (sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo, de 8 de septiembre de 2003), sí que

cabe afirmar que la exigencia de información se reduce al mínimo.

c) La infracción de este deber ha sido caracterizada por la jurisprudencia mayoritaria como vulneración de la "lex artis ad hoc" en sentido formal, que es susceptible de producir un daño *"que lesiona el derecho de autodeterminación del paciente al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información solo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria"* (SSTS de 3 de octubre y 13 de noviembre de 2012).

Para que surja este daño moral que lesiona el derecho de autodeterminación del paciente y para que resulte indemnizable será necesario, en consecuencia, que se incumpla de forma total o parcial el deber de obtener su consentimiento informado para someterse a una determinada actuación, intervención o prueba para la que se considere preceptiva su obtención, y que de dicha actuación o intervención derive, en términos de estricta causalidad física, un determinado perjuicio para la salud del paciente.

En la medida en que el consentimiento haya de constar por escrito (art. 8 Ley 41/2002), resulta evidente que el medio de prueba ordinario de haber sido informado el paciente será la presentación del correspondiente documento, de tal forma que la regularidad en el funcionamiento del servicio exigirá la constancia formal de la voluntad informada del paciente de someterse al procedimiento médico de que se trate. Ahora bien, la ausencia del documento no determina automáticamente la antijuridicidad del daño, si es factible acreditar por otros medios que se dio la necesaria información al paciente. La forma cede, por tanto, a favor de la satisfacción material del deber de consentimiento informado. En tales casos, el medio probatorio por excelencia será la historia clínica, de forma que si de ella se deduce un contacto constante, fluido, desprendiéndose que se ha transmitido información, podrá concluirse que se han cumplido los deberes de información que incumben al responsable médico del proceso.

Si ni tan siquiera en la historia clínica se contienen datos suficientes de los que se desprenda de forma inequívoca que se ha informado al paciente a lo largo de todo el proceso, cabrá incluso admitir otros medios de prueba, tales como la testifical o, incluso, las presunciones. Ahora bien, aunque no se excluya de forma tajante y absoluta la validez de cualquier información que no se presente por escrito, en tal caso, es a la Administración a la que incumbe la carga de la prueba de la información transmitida (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 4 de abril de 2000). Resulta esclarecedora otra resolución de la misma Sala, ésta de 3 de octubre de 2000, que declara: *"la obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información. Es bien sabido que el principio general de la carga de la prueba sufre una notable excepción en los casos en que se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por la Administración. Por otra parte, no es exigible a la parte recurrente la justificación de no haberse producido la información, dado el carácter negativo de este hecho, cuya prueba supondría para ella una grave dificultad"*.

En el supuesto sometido a consulta ya ha quedado acreditada la ausencia en el expediente de los documentos de consentimiento informado previos a la inducción al parto y a la episiotomía, correspondiendo por tanto a la Administración probar por otros medios que dio información al paciente y que éste consintió de forma libre y consciente la operación. No consta que se haya propuesto testifical alguna por parte de la Administración ni, tampoco, que en la historia clínica se consignen indicaciones suficientes como para deducir que se trasladó a la interesada la información que necesitaba para decidir si se sometía a o no a los procedimientos en cuestión.

Corolario de lo expuesto es que no cabe considerar acreditado que se recabara el consentimiento informado de la paciente con anterioridad a la inducción al parto y a la episiotomía.

II. Aplicación de la doctrina expuesta al supuesto sometido a consulta.

Procede ahora determinar si de dicha circunstancia se deriva el deber de indemnizar a la interesada por la vulneración de su derecho a decidir sobre su propia salud y la de su hijo, para lo que será necesario considerar por separado los procedimientos médicos a los que fue sometida.

1. La inducción al parto.

De conformidad con el informe pericial de la actora, que afirma fundamentarse en el protocolo SEGO sobre inducción al parto (año 2005), ésta conlleva un riesgo mayor al que se desencadena espontáneamente, por lo que para su realización requiere de consentimiento informado.

Frente a lo indicado por el perito, la Inspección afirma que *"no es práctica habitual solicitar el consentimiento para la utilización de oxitocina en el entorno clínico analizado"*. Además, sostiene que la inducción al parto *"nada tiene que ver con la realización de la episiotomía"*.

En relación con la exigencia o no de consentimiento previo a la inducción al parto, si bien no se ha podido consultar el protocolo indicado por el perito de la reclamante, ha de señalarse que aquellos protocolos médicos de actuación a los que ha podido acceder este Consejo Jurídico sí insisten en la necesidad de trasladar información a la parturienta acerca de los métodos a utilizar. Es el caso del aplicado en el Hospital "Clínic" de Barcelona, que expresamente recoge *"Se debe informar a la paciente y firmar el consentimiento informado según el método de maduración-inducción previsto"*; también el del Hospital "Son Dureta" de Palma de Mallorca (año 2006), recoge que *"tiene que explicarse a la paciente la indicación de la inducción y solicitar consentimiento verbal y escrito para poder realizar el procedimiento"*. Del mismo modo, la jurisprudencia viene exigiéndolo, como por ejemplo la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 833/2007, de 26 junio, o la del TSJ Islas Baleares, núm. 14/2014, de 27 de enero, según la cual *"a la actora se le programó un ingreso hospitalario para someterle a mecanismos de pre-inducción al parto, los cuales producen efectos secundarios y tienen riesgos, todos los cuales deben ser informados y consentidos por la paciente"*.

Es cierto que la afirmación de la Inspección Médica acerca de no ser práctica habitual la de solicitar el consentimiento informado a la paciente, se refiere expresamente al *"entorno clínico analizado"*, esto es, en las circunstancias concurrentes, que cabría identificar con una inducción al parto en un contexto de rotura prematura de membranas (RPM) que se decide abordar a las 12 horas de la rotura de la bolsa. En tal escenario, sin embargo, no parece aplicable el criterio legal que exime de la obtención previa del consentimiento en los supuestos de urgencia clínica, pues podía preverse por los facultativos que, pasado un tiempo desde la RPM y que varía entre las 12 y las 24 horas, podría ser necesario inducir el parto si éste no se desencadenaba espontáneamente, de lo que podría haberse informado puntualmente a la parturienta.

Ahora bien, aun cuando fuera exigible la obtención del consentimiento, la inducción al parto sin haber informado previamente a la interesada no ha de derivar necesariamente en un pronunciamiento favorable a su pretensión indemnizatoria y ello porque los daños por los que se reclama no están en absoluto relacionados con el parto inducido, sino únicamente con la realización de la episiotomía.

En efecto, ya señalamos cómo la doctrina jurisprudencial (SSTS de 3 de octubre y 13 de noviembre de 2012) establece que para que la vulneración del derecho a la información del paciente sea indemnizable, del acto médico realizado sin la previa obtención de su consentimiento informado han de derivarse daños que se encuentren en una relación de causalidad física con la actuación médica. Sin embargo, ninguno de los daños que la interesada alega tiene relación causal con la inducción del parto, sino con la práctica de la episiotomía, la cual, a su vez, no puede considerarse desencadenada por dicha anticipación farmacológica de los trabajos de parto. Y es que, ni el perito de la reclamante establece dicha conexión causal entre los dolores postparto y las dificultades que sufre la interesada para las relaciones íntimas con la circunstancia de tratarse de un parto inducido, ni identifica dichas patologías como riesgos propios del parto inducido -sino antes al contrario como producidas por la episiotomía-, ni afirma, en fin, que la episiotomía se produjera a causa de tal inducción, como de forma taxativa niega la Inspección Médica cuando manifiesta que la inducción al parto *"nada tiene que ver con la realización de la episiotomía"*.

En consecuencia, aun cuando pudiera considerarse exigible la obtención del consentimiento informado de la paciente con anterioridad a someterla a un parto inducido, en el supuesto sometido a consulta la omisión de dicho consentimiento no determina la responsabilidad patrimonial de la Administración, porque ninguno de los daños personales alegados por la actora tiene relación causal con la inducción del parto, sino que su causa se encuentra en la realización de la episiotomía.

2. La episiotomía no consentida.

Tampoco puede estimarse la alegación relativa a la falta de consentimiento informado para la realización de la episiotomía, porque, en el supuesto que nos ocupa no era preceptiva la obtención de consentimiento informado para la referida intervención. De la historia clínica se desprende que la paciente ingresó el 19 de enero de 2015 en el Hospital por rotura prematura de membranas a las 36+2 semanas de gestación. La normalidad del embarazo y la ausencia de antecedentes o indicación de posibles complicaciones en el parto no hacían presagiar la necesidad de realizar intervenciones distintas de las propias de la asistencia a un parto espontáneo o, en su caso y atendida la RPM que presentaba la parturienta, un parto inducido; y ello sin perjuicio de que, posteriormente, y en la evolución del mismo, se revelase la necesidad de realizar una episiotomía.

Como ya señalamos en nuestros Dictámenes 256/2017 y 264/2014, donde se abordan reclamaciones de responsabilidad patrimonial por falta de consentimiento informado para la realización de partos con episiotomía-, debe traerse a colación lo expresado en sentencias como la STSJ de Andalucía (Sevilla), de lo Contencioso-Administrativo, de 21 de junio de 2011, en el sentido de que *"tal y como se indica en la sentencia recurrida y al margen de la frecuencia de su utilización, la práctica de la episiotomía no constituye propiamente una intervención quirúrgica autónoma dentro de las actuaciones médicas que tienen lugar durante el proceso de alumbramiento en aras de facilitar la expulsión del neonato, sino que es una de la técnicas posibles para abordar el parto y sus incidencias. De este modo no precisa un consentimiento informado específico en los términos que exige la Ley 41/2002, de 14 de noviembre"*. O en la SJCA nº 15 de Barcelona de 14 de noviembre de 2013, que señala: *"Finalmente, que se le practicara una episiotomía, atendidas las concretas circunstancias del caso (utilización de fórceps en el parto), no ha de concluir necesariamente en una mala praxis médica, siendo escasamente relevante a estos efectos que la paciente sólo firmara en folio 22 del expediente administrativo un consentimiento informado para la aplicación de analgesia epidural obstétrica, ya que la episiotomía ha de entenderse como una urgencia*

obstétrica que tuvo que aplicarse (por tanto, la episiotomía resultó preceptiva e indispensable su utilización) ante la complicación del parto, y como tal urgencia imprevisible "a priori" no podía ser objeto de consentimiento informado".

En análogo sentido, la SJCA nº 3 de Vitoria, de 14 de marzo de 2014, indica que *"debemos destacar de este informe pericial que: "La realización de un fórceps y la episiotomía como consecuencia de él se realiza en un paritorio, considerándose como una maniobra urgente y no previsible y por tanto no es obligado el consentimiento informado en el que se puedan explicar los riesgos y posibles efectos secundarios de la episiotomía..."*

Del mismo modo, la STSJ Galicia, 190/2016, de 23 de marzo, en contestación a la alegación de la parte actora en relación con la ausencia de consentimiento informado para la realización de una episiotomía, considera *"inverosímil la prestación del consentimiento en tales condiciones y en pleno parto. En cualquier caso, al tratarse de una decisión técnica que parece haberse adoptado al observar la posición que presentaba el feto y demás circunstancias del parto, estaba justificada la ausencia de aquella exigencia al amparo del artículo 9.2.b de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que permite que los facultativos lleven a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, entre otros casos, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización. (...)".*

En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 (recurso de casación 5637/2011) ha declarado:

"Respecto a lo que la parte recurrente considera falta de información de las complicaciones que se iban produciendo hay que decir que las mismas se evidenciaron con ocasión ya del acto de parto mismo o con inmediata posterioridad al mismo, sin capacidad para poder comunicar no solo su existencia a la paciente sino también los términos y extensión concreta del mismo".

También la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Madrid, en sentencia 42/2017, de 25 de enero, afirma que *"en relación con las alegaciones sobre la falta de consentimiento para la rotura de la bolsa artificialmente, la episiotomía y la administración de oxitocina, se trata de actuaciones realizadas conforme al protocolo de la SEGO para el parto natural debiendo tener en cuenta que, de acuerdo con la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2012 (recurso de casación nº 6137/2011), no es necesaria "la constancia documental del consentimiento informado, sustancialmente por cuanto el parto se produjo de manera natural, por lo que estamos ante un acto médico que no se califica de intervención. Y el hecho de que el parto se produjera de forma natural, entendemos es decisivo en este caso, no siendo necesario documentar el consentimiento prestado".*

Corolario de lo hasta aquí expuesto es que no puede considerarse acreditada la existencia de vulneración de la *lex artis* en las actuaciones sanitarias de asistencia al parto de la hoy reclamante, ni que se viera vulnerado su derecho a la libre elección en las decisiones que afectan a su salud, por lo que tanto el daño físico alegado (lesión derivada de la episiotomía) como el moral, carecen de nexo causal con la actuación del personal sanitario que le prestó asistencia así como de antijuridicidad, lo que excluye la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera, Cuarta y Quinta de este Dictamen; en consecuencia, la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

