



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 79/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 1 de abril de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 21 de agosto de 2024 (COMINTER 164953) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 27 de agosto de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_293), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 1 de marzo de 2023, D.ª X, actuando en su nombre y personal derecho, y en nombre y representación de su hija menor Y, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria, asistida por una abogada.

En ella, expone que a las 9:15 h del 1 de marzo de 2022 ingresó para dar a luz en el Hospital General Universitario *Los Arcos del Mar Menor* (HULAMM) de San Javier. Añade que estaba en la semana 41 de gestación.

Destaca que, ante el riesgo de pérdida de bienestar fetal tras la utilización fallida de ventosa, se le practicó una cesárea urgente y concluyó el parto a las 20:16 h.

La interesada resalta que la hoja de paritorio permite comprobar que entre la decisión de practicarle la cesárea y su ejecución hubo un retraso, aunque los informes reflejen una situación aguda y su manejo como una emergencia.

También enfatiza que, por ello, se le ocasionaron a la recién nacida graves lesiones y las siguientes secuelas médicas: encefalopatía hipoxicoisquémica severa; sepsis por *E.coli* BLEE; hematoma subgaleal y hemorragia subaponeurótica; trombopenia neonatal, hiponatremia e hipoglucemia.

A continuación, sostiene que existe una relación de causalidad evidente entre el funcionamiento del servicio sanitario y los daños señalados.

Por lo que se refiere a la cuantía de la indemnización que solicita, manifiesta que se debe ajustar a lo que legalmente corresponda.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 14 de marzo de 2023 pero al día siguiente se requiere a la interesada para que especifique la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial.

De igual manera, el 15 de marzo se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud VIII-HULAMM que remita la documentación clínica de la menor afectada y los informes de los facultativos que la asistieron.

Por último, con esa fecha se comunica la presentación de la solicitud de resarcimiento a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que informe a la compañía aseguradora correspondiente.

TERCERO.- El 18 de abril de 2023 se recibe la copia del historial clínico solicitado, con la que se adjuntan dos informes médicos.

El primero de ellos es el elaborado conjuntamente, el día 13 de ese mes, por las Dras. D.^a Z y D.^a P, especialistas en Ginecología y Obstetricia -aunque sólo está firmado por la primera de ellas-, en el que exponen que *“La gestante de 36 años se encontraba en su 41+4 semanas de gestación, se le había programado en la última visita de monitores (25 de febrero de 2022) la inducción para finalizar el embarazo el 1 de marzo de 2022.*

En dicha consulta se le informó del proceso de la inducción y se entregaron los consentimientos informados, previamente explicados, el de inducción de parto y el de parto vía vaginal con cesárea anterior. Los cuales comprendió y firmó en dicha consulta (dado el elevado número de pacientes árabes, nuestro servicio dispone de una traductora por si se precisa de su ayuda para una adecuada comunicación). Se le entregó el consentimiento de parto vía vaginal con cesárea anterior porque la paciente había tenido tres gestaciones previas, una de ellas, un aborto, las otras, un parto vía vaginal y una cesárea por macrosomía fetal.

El embarazo había sido controlado de forma tardía a las 32 semanas en consulta de obstetricia, sin presentar controles anteriores. La gestante sólo tenía como antecedentes de interés la cesárea previa. Los controles ecográficos presentaron biometrías acordes a la edad gestacional, y el peso fetal estimado en las últimas ecografías fue de 3.093 g., percentil 27. Se le realizó el despistaje de diabetes gestacional mediante el Test O'Sullivan, siendo negativo de 125. Serologías negativas para Rubeola, Sífilis, VHC, VHB, VIH negativo.

El día 1 de marzo de 2022, la paciente ingresa para la inducción del parto. Cuando llegó a la habitación de dilatación-paritorio tras monitorización fetal, se observó que presentaba dinámica uterina y en la exploración vaginal se evidenció que se encontraba con 3 cm de dilatación. Por lo que no se inició inducción al no precisarla, ya que presentaba periodo activo de parto. Se dejó en la dilatación para finalizar (registrado el inicio del parto a las 11:46 h del 1/03/2022 en el programa). Se le puso la epidural solicitada por la gestante a las 13:54 horas. Durante todo el proceso de la dilatación estuvo monitorizada. Llegó a dilatación completa a las 18:06 horas y se inició el expulsivo pasivo que pasó a activo a las 18:56 horas con la matrona. Fuimos avisadas por la matrona, tras pujos activos, para valorar a la paciente por monitor no satisfactorio. Ante el registro de monitor no satisfactorio, los pujos inefectivos, agotamiento materno y la presentación del polo fetal en III plano se decidió finalizar el parto mediante ventosa para realizar la extracción del feto. Se colocó Kiwi tras sondaje vesical previo en III plano y, tras tres tracciones y realización de episiotomía, no se consiguió descender el polo fetal del III plano. Se indicó por ello cesárea urgente a las 19:59 horas.

Se realizó la cesárea en el quirófano de urgencias de cesáreas, visualizándose, al entrar en la cavidad peritoneal, una dehiscencia de la cicatriz uterina, visualizándose el polo fetal. Se intentó extraer al feto a través del polo fetal, pero al estar encajado, la extracción resultaba muy dificultosa por lo que se decidió realizarla en podálica tras una versión interna (Extracción podálica reversa - pull on "Técnica de extracción de Patwardhan"). La hora de nacimiento fue a las 20:16 horas, el recién nacido pasó en bradicardia con el pediatra. Se produjo un hematoma durante la sutura uterina, en el ligamento ancho, que se drenó y se suturó. Y se resolvió el desgarro lateral izquierdo del útero hacia cérvix. La gestante pasó a reanimación para control postoperatorio".

A continuación, reproducen en el informe cómo se define la dehiscencia o rotura uterina en el documento de consentimiento informado que se le entregó a la interesada (Anexo 1) y en el protocolo titulado *Rotura uterina (actualizado julio de 2013)*, de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (Anexo 2).

Seguidamente, explican que *"Debido a que la paciente no presentó sintomatología durante la última fase del expulsivo que indicara la sospecha de rotura uterina, ésta únicamente se diagnosticó al realizar la cesárea, ya que, en algunas ocasiones, como se refleja en la documentación a la que se hace referencia previamente, esta rotura puede ser asintomática. Por tanto, no fue posible la anticipación, no se pudo realizar un diagnóstico previo.*

La vía del parto se decidió vía vaginal por la presentación del polo fetal en III plano y por el registro de sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal, siendo la vía vaginal la más rápida para finalizar el parto y al no presentar la paciente ningún factor que lo contraindicara. Incluso, en la cesárea, la extracción fetal fue muy dificultosa y se tuvo que hacer una versión en podálica.

Podemos añadir que, en ningún momento, hubo un uso excesivo de medicación uterotónica (oxitocina/prostaglandina), así como no hubo una prolongación en el tiempo de espera del expulsivo, y se evitaron en todo momento las presiones fúndicas en la segunda fase del parto".

El segundo informe es el elaborado conjuntamente, asimismo, por la Dra. D.^a Q, Jefe de Servicio de Pediatría, y el Dr. D. R, Jefe de Sección de Pediatría, aunque sólo está firmado por la primera de ellos.

En este documento se precisa que se envía *“una copia del Informe Clínico de la [hija de la reclamante] en el que se describe con detalle la situación clínica que presentó durante los primeros minutos de vida y las medidas terapéuticas que recibió. En base a los datos descritos en el informe, apporto también la Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2021, en la que se justifica la actitud de proceder a una reanimación profunda mediante intubación, compresiones torácicas y la administración de dos dosis de adrenalina.*

La paciente fue estabilizada en la Unidad de Neonatología. En el informe se describe la situación clínica que presentó inicialmente mediante la descripción de parámetros analíticos y constantes vitales. La paciente [...] fue identificada como candidata a iniciar medidas de neuroprotección mediante hipotermia controlada. Por tanto, apporto también la Guía de estándares para su aplicación clínica, recomendada por la Asociación Española de Pediatría (2011). Adoptar esta decisión para la paciente implica organizar el traslado a la Unidad Neonatal de Referencia (Hospital U. Santa Lucía de Cartagena), en el menor tiempo posible. Según las indicaciones de las Guías Clínicas, "Debido a la necesidad de iniciar la hipotermia antes de las 6 h de vida, un aspecto crítico es la necesidad de establecer una rápida y bien ordenada actuación operativa tras el nacimiento del bebé con factores de riesgo de asfixia. La mayoría de los neo natos que de sarrollan EHI [encefalopatía hipóxica isquémica] nacen en hospitales sin UCIN o sin programas establecidos de hipotermia. Dado que la máxima eficacia terapéutica se obtiene cuanto antes se inicie la hipotermia moderada sostenida tras el nacimiento, y siempre dentro de las primeras 6 h de vida, se impone la necesidad de un traslado urgente del paciente con sospecha de EHI a los centros de referencia. Este estrecho marco temporal de oportunidad terapéutica, unas pocas horas de oro, ha motivado la propuesta de establecer un «código hipotermia» para el RN asfíctico". Por este motivo, la paciente permaneció en nuestro hospital hasta las 22:05, evitando en lo posible una demora injustificable”.

Con el informe se adjuntan los documentos que en él se mencionan.

CUARTO.- El 28 de marzo de 2023 se reciben nuevas copias de las historias clínicas de la menor de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, informes de laboratorio e informes sobre imágenes médicas.

QUINTO.- El 3 de mayo de 2023 se remiten sendas copias del expediente a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica para que se puedan elaborar, en su caso, los informes pericial y valorativo pertinentes.

SEXTO.- Con fecha 24 de mayo de 2023 se solicita a la Dirección Gerencia ya mencionada que remita copias de las historias clínicas de Atención Primaria y Especializada de la reclamante, así como los informes de los facultativos que la asistieron.

La solicitud de documentación e información se reitera el 31 de julio siguiente.

SÉPTIMO.- El 11 de agosto de 2023 se recibe la documentación clínica de la interesada y de su hija y una nueva copia del informe elaborado el 13 de abril de ese año por las Dras. D.^a Z y D.^a P, con los documentos que se anexan, y firmado esta vez por las dos facultativas.

OCTAVO.- Con fecha 1 de septiembre se envían copias de los nuevos documentos incorporados al procedimiento a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica.

NOVENO.- Se recibe, el 9 de octubre de 2023, el informe pericial realizado el 29 de septiembre anterior, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por una especialista en Ginecología y Obstetricia. En este documento se contienen las siguientes conclusiones:

“1. Se trata de una reclamación patrimonial por una supuesta mala asistencia al parto, lo que implicó que el recién nacido sufriera una encefalopatía hipóxico-isquémica, lo cual según los demandantes hubiera podido evitarse realizando una cesárea con anterioridad.

2. Respecto a la indicación de inducción de parto por gestación cronológicamente prolongada en paciente con cesárea previa:

a. Estaba indicado finalizar la gestación por gestación cronológicamente prolongada al tratarse de una gestación mayor de 41 semanas.

b. La vía del parto más adecuada es la vía vaginal en paciente con una sola cesárea previa y un parto vaginal previo.

c. Dado que la paciente ingresó en fase activa de parto, es correcto no realizar maduración cervical previa y realizar inducción del parto directamente con oxitocina para finalizar la gestación como refleja la declaración de las ginecólogas de guardia.

3. Respecto a la indicación del parto instrumental mediante ventosa tipo Kiwi: es correcto indicar finalizar la gestación por la vía más rápida ante un registro cardiotocográfico no tranquilizador, siendo la vía más rápida la vía vaginal en presentaciones fetales situadas a nivel de la espina ciática (III plano de Hodge).

4. Respecto al momento de indicación de la cesárea: es correcto indicar la extracción fetal mediante cesárea ante fracaso de un parto instrumental tipo ventosa tras tres tracciones fallidas. A pesar de tratarse de una extracción fetal dificultosa, la recién nacida nace 17 minutos después de la indicación de la cesárea. Según las principales guías de consenso internacional, en las cesáreas de categoría 1 como sería este caso, está indicado realizar la cesárea en un máximo de 30 minutos desde que se detecta la existencia de una amenaza para la vida de la madre o el feto.

5. Las actuaciones de los profesionales implicados fueron correctas y acordes a los protocolos y a la lex artis ad hoc”.

El 16 de octubre de 2023 se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

DÉCIMO.- El 21 de febrero de 2024 se concede audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes. Sin embargo, no consta que alguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

UNDÉCIMO.- Con fecha 12 de agosto de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 21 de agosto de 2024, que se completa con la presentación de un disco compacto (CD) el siguiente día 27.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La menor goza de legitimación activa en este caso puesto que es la persona que sufrió los daños personales por los que se solicita un resarcimiento económico.

Por otro lado, la madre actúa correctamente en representación de su hija menor de edad ya que la ostenta legalmente en virtud de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil.

Sin embargo, aunque esa relación de filiación se deduce del contenido del expediente administrativo, lo cierto es que la interesada no ha presentado alguna copia del Libro de Familia que sirva para corroborarla.

La legitimación pasiva corresponde a la Consejería consultante, puesto que es titular del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

II. Acerca del cumplimiento del requisito temporal, se debe recordar que el artículo 67.1 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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.

En este caso, las secuelas que presenta la menor son tan acusadas que se puede entender que revisten carácter permanente y que, con independencia de la evolución que pudieran haber seguido más adelante, se considera como *dies a quo* aquel en el que se conocen los daños. Así pues, en virtud del principio de la *actio nata*, se puede fijar como tal día de inicio del cómputo del plazo de prescripción de la acción aquél en el que se produjo el nacimiento y se informó a la reclamante del grave diagnóstico del que se ha dado cuenta, esto es, el 1 de marzo de 2022.

Por lo tanto, no cabe duda de que la acción para solicitar una reparación económica se formuló el 1 de marzo del siguiente año 2023 dentro del plazo establecido al efecto y, en consecuencia, de forma temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPAC.

Asimismo, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada por la existencia de suficientes elementos de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que ha traído al procedimiento la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la reclamante no ha presentado algún informe pericial que pudiera permitirle sostener la realidad de las imputaciones de mala praxis que realiza.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes núms. 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Ya se ha expuesto que la interesada solicita que se le reconozca a su hija menor de edad el derecho a percibir una indemnización -que ha concretado en lo que *legalmente corresponda*- como consecuencia de las diversas e importantes secuelas, entre ellas una encefalopatía hipóxica isquémica, que sufrió en el momento del parto, que se produjo en el HULAMM, en marzo de 2022. Considera que ello se debió a que se demoró en exceso practicarle la cesárea que la situación clínica exigía en ese caso.

A pesar de la imputación de mala praxis que realiza, la reclamante no ha presentado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le permita sostenerla. En ese sentido, conviene recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone al actor la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la reclamación.

De forma contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento las historias clínicas completas de la madre reclamante y de la menor afectada, tanto de Atención Primaria como Especializada, y los informes de los distintos facultativos que les atendieron, que son especialistas en Ginecología y Obstetricia y en Pediatría.

Asimismo, la compañía aseguradora ha aportado al procedimiento un informe pericial elaborado por una especialista en Ginecología y Obstetricia.

II. Pues bien, el análisis de este último informe permite entender que, frente a la alegación de que se retrasó indebidamente la decisión de practicar una cesárea de urgencia, esta consideración no es correcta.

Así, la perita recuerda que el proceso expulsivo activo se inició a las 18:56 h y que comenzó realizando pujos dirigidos con la matrona. Sin embargo, como el registro cardiotocográfico no ofrecía datos tranquilizadores, reconoce que se avisó a las ginecólogas de guardia, que indicaron entonces la aplicación de ventosa *Kíwi*. Dado que después de 3 tracciones no lograron el descenso de la presentación, las facultativas indicaron cesárea urgente a las 19:59 h.

Cuando se realizó esa técnica se advirtió la dehiscencia de la cicatriz uterina. También se comprobó que la

extracción fetal resultaba muy dificultosa porque el feto estaba encajado, lo que motivó que se tuviese que efectuar una extracción podálica reversa, que es la más segura para la madre y el feto. Ello permitió que la hija de la interesada naciese a las 20:16 h, es decir, 17 minutos después de que se hubiese indicado la cesárea.

La facultativa autora del informe pericial explica que el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido publicó en abril del 2004 una clasificación basada en 4 categorías de cesárea, ordenadas en función de la premura con la que debía finalizar la gestación y si existe o no compromiso para la madre o el feto.

De acuerdo con ella, considera que la cesárea que se practicó era de la categoría 1, debido a la amenaza que suponía para la vida de la mujer o del feto la constatación de una ruptura uterina.

La perita añade que, según las principales guías de consenso internacional, en las cesáreas de categoría 1, como era la de este caso, está indicado realizar la cesárea en un máximo de 30 minutos desde que se detecta la amenaza para la vida de la madre o el feto. Y en este supuesto, pese a tratarse de una extracción fetal dificultosa, como se ha adelantado, la hija de la interesada nació 17 minutos después de la indicación de cesárea urgente.

En consecuencia, no se aprecia que se incurriese en mala praxis ad hoc. Y tampoco cabe duda de que el daño por el que se reclama existe y que es efectivo, pero es asimismo evidente que no existe relación de causalidad alguna entre ese daño y el funcionamiento normal del servicio sanitario regional, por lo que procede la desestimación de la reclamación planteada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, porque no existe una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño personal por el que se reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.