

Dictamen n.º: **38/17**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **26.01.17**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 26 de enero de 2017, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. E.G.N. por la asistencia sanitaria prestada en el parto de su hijo por el Hospital Universitario de Getafe.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado telemáticamente en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el día 29 de febrero de 2016, la interesada antes citada formula reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar, a su juicio, que *“existió una mala praxis en el parto, consistente en no respetar el plan de parto presentado por la paciente, epidural no deseada, ruptura de bolsa no deseada, episiotomía no informada, maniobra de Kristeller no recomendada por la OMS, expulsivo con espátula y ventosa no informado, en general parto instrumental no deseado, en el postparto no se facilitó el contacto piel con piel, ni la lactancia materna.* (folios 1 y 2 del expediente administrativo).

La interesada acompaña con su escrito copia de la carta dirigida por la interesada en junio de 2015 en la que se quejaba de la asistencia prestada durante el parto de su hijo, que tuvo lugar el día 16 de mayo de 2015, por parte de la matrona que la atendió durante del parto que le *“pinchó la bolsa amniótica”*; que le metió miedo para que se pusiera la epidural; que, a pesar de la anestesia, continuó sintiendo las contracciones a nivel abdominal pero se le durmió el tren inferior y *«no sentía ganas ni fuerzas de empujar»* y que no la dejaron descansar *“porque decían que al niño le bajaban las pulsaciones y me tuvieron todo el rato haciéndome girarme hacia el costado izquierdo y luego al derecho “para despertarle”, no dejándome dormir en toda la noche, por lo que llegué agotada al parto”*. También formula quejas contra la asistencia prestada por la matrona que le atendió en el siguiente turno y contra la ginecóloga que asistió al parto que emplearon la maniobra de Kristeller y utilización de ventosa y espátula, sin que le dejaran –nacido el bebé- *“hacer contacto piel con piel con él”* y soltándolo *“sin ninguna delicadez encima de mi tripa”*, diciéndole que venía con una *“circular”* por lo que pensó que estaba muerto y que no le informaron de la episiotomía realizada. Adjunta, igualmente, la respuesta dada por el director gerente del Hospital de Getafe a su misiva con fecha 3 de septiembre de 2015, informes médicos y otro escrito de queja de 30 de julio de 2015 (folios 3 a 15).

La reclamante no determina inicialmente el importe de la indemnización solicitada.

Por escrito registrado el día 5 de abril de 2016 la interesada cuantifica su reclamación en 20.000 euros.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

El día 16 de mayo de 2015, a las 00:30 horas la reclamante, primigesta de 40 semanas, ingresó en el Servicio de Obstetricia del

Hospital Universitario de Getafe con prolegómenos de parto. La paciente traía plan de parto: *“no desea enema y no sabe si anestesia epidural”*. Se colocó registro cardiotocográfico externo que se retiró a las 2:00 horas.

Ante la falta de progresión del parto, a las 02:55 horas se realizó amniorrexis artificial, observándose líquido teñido de meconio. En ese momento se abrió partograma. A las 03:15 horas la interesada manifestó su voluntad de anestesia epidural, por lo que se procedió a dar el escrito de consentimiento y a avisar al anestesista. El documento de consentimiento informado firmado por la paciente para anestesia epidural para el parto recogía como riesgos más frecuentes, entre otros, *“el aumento del porcentaje de parto instrumentado (fórceps, ventosas, etc.)”*.

A partir de ese momento se controló la dilatación mediante monitorización fetal, se realizó PH intraparto a las 6:15 horas (7'52) y amnioinfusión administrada a las 6:30 horas.

El alumbramiento se produjo a las 08:15 horas, mediante parto instrumental con ventosa y espátulas, dando a luz a un varón de 3.350 grs. Apgar 8/9. Presentó al nacer una vuelta de cordón circular por lo que, ante la presencia de distress respiratorio, ingresó en Neonatología, siendo dado de alta horas después.

La reclamante fue dada de alta domiciliaria el día 18 de mayo de 2015.

TERCERO.- Presentada la reclamación y acordada la instrucción del expediente, se tramita conforme a lo previsto en el Reglamento que regula el Procedimiento en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, (en adelante, RPRP).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 10 del RPRP, se ha incorporado al expediente un informe, de fecha 30 de marzo de 2016, jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Getafe que relata la asistencia prestada durante el parto a la reclamante y concluye con la consideración de que *“en todo momento se ha actuado de manera correcta, bajo protocolo, ya que la demanda de un parto de baja intervención solo puede realizarse cuando en la madre y el feto se cumplen unas estrictas garantías de seguridad”*.

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, con fecha 3 de mayo de 2016, la subdirectora general de Inspección Sanitaria y Evaluación, contesta:

“La reclamación es idéntica a otra anterior formulada por la interesada, y ya contestada por el hospital, sin que tuviese la consideración de una reclamación por responsabilidad patrimonial.

Leído su contenido, no comprendemos el alcance de la misma. A nuestro entender se trata de una queja, a veces contradictoria, por la falta de confort experimentado, a juicio de la reclamante, durante algunos momentos del parto y fundamentada en que este no alcanzó sus expectativas previas al "plan de parto". Dado que el informe que nos solicitan, en el contexto de una reclamación por responsabilidad patrimonial, debe fundamentarse en el análisis de la relación de causalidad entre los actos sanitarios específicos que se reprochan y las lesiones de ellos derivadas, no alcanzamos a comprender la valoración a realizar en este caso, por lo que en estas circunstancias no es posible realizar el informe solicitado, rogándoles aclaración al respecto, en el caso que estimen que nuestra percepción no fuese la adecuada”.

Con fecha 5 de abril de 2016 la interesada presenta escrito en el que cuantifica el importe de la indemnización solicitada en 20.000

euros al considerar existente *“mala praxis por falta de consentimiento informado para la realización de episiotomía y parto instrumental con espátula y ventosa, práctica de maniobra de Kristeller desaconsejada por la OMS, no respetar plan de parto, lo que generó fuertes dolores durante tres meses, hematomas en la zona abdominal en la madre; cambio de postura del feto antes del nacimiento por razones de las maniobras sufridas, lo que ocasionó vuelta del cordón al cuello y falta de oxígeno del recién nacido que conllevó la posterior atención en neonatología, lo que supuso no poder realizar el programa de piel con piel”*.

Tras la incorporación al procedimiento del anterior informe y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia.

Por escrito presentado el 26 de julio de 2016, la interesada ha formulado alegaciones reiterando en síntesis, los argumentos de su reclamación.

Consta en el expediente propuesta de resolución del viceconsejero de Sanidad de 16 de noviembre de 2016 en la que se acuerda desestimar la reclamación presentada al concluir que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y ajustada a la *lex artis*, *“sin que se haya acreditado ningún daño antijurídico ni ningún tipo de perjuicio más allá de la percepción personal de la paciente ante el proceso del parto”*. (folios 97 a 99).

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 23 de diciembre de 2016 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 658/16, a la letrada vocal Dña. Rocío

Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 26 de enero de 2017.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC). Ahora bien, al tratarse de un procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado el 26 de diciembre de 2014, resulta de aplicación lo establecido en la disposición transitoria tercera de la LPAC, que dispone que “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”.

Normativa constituida por los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), desarrollados por el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/2003 (en adelante, RPRP).

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, ocurrido el parto el día 16 de mayo de 2015, la reclamación presentada el día 29 de febrero de 2016 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en

el artículo 10 RPRP, esto es, al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Getafe. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria que rechaza su emisión al considerarlo una queja por falta de confort experimentado en algunos momentos durante el parto. Se considera innecesaria la emisión del mismo, al no resultar acreditados en el expediente los daños alegados por la interesada imputables a la asistencia sanitaria que exijan un pronunciamiento pericial sobre la asistencia prestada.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante, que ha efectuado alegaciones.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial del Estado se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículo 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJ-PAC:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación

conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), 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»,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de

la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, la interesada considera que debe ser indemnizada por los daños y perjuicios sufridos al entender que hubo *“mala praxis por falta de consentimiento informado para la realización de episiotomía y parto instrumental con espátula y ventosa, práctica de maniobra de Kristeller desaconsejada por la OMS, y no respetar plan de parto, actuaciones que le generaron fuertes dolores durante tres meses, hematomas en la zona abdominal en la madre; cambio de postura del feto antes del nacimiento por razones de las maniobras sufridas, lo que ocasionó vuelta del cordón al cuello y falta de oxígeno del recién nacido que conllevó la posterior atención en neonatología, lo que supuso no poder realizar el programa de piel con piel”*.

Reclama, por tanto, por el daño moral que supone la falta de consentimiento informado al parto instrumental y episiotomía y por los daños físicos consistentes en dolores durante tres meses, disfunciones en el suelo pélvico y hematoma que no constan acreditados en el expediente, al no aportar prueba alguna que

demuestre que ha precisado tratamiento tras haber sido dada de alta después del parto o que le hayan quedado secuelas.

En cualquier caso, aunque pudieran considerarse acreditados la realidad de los daños, la interesada no aporta prueba alguna que acredite la relación de causalidad entre los daños sufridos y el funcionamiento de los servicios sanitarios durante la asistencia del parto. Así, en la historia clínica se refleja la atención sanitaria prestada a la reclamante y se observa la correcta actuación dispensada en el parto a la reclamante que, en un primer momento y al calificarse el parto como de bajo riesgo, comenzó con seguimiento del plan de parto, como la propia reclamante reconoce en su escrito, al no ser rasurada, no ponerle enema y colocarla en una sala de dilatación con su marido y *“una pelota bobath”*.

Ahora bien, como señala el informe del jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Getafe, la prioridad de los profesionales que asisten a un parto es obtener un recién nacido sano, *“donde no se produzca morbilidad a ser posible ni en el feto ni en la madre, y en todo momento optan por las opciones que consideran son más seguras para el feto y la parturienta”*. Por ello, tres horas después del ingreso se comprobó que la dilatación no había progresado por lo que se optó por comenzar con el protocolo de actuación para evitar un parto estacionado, mediante la amniorrexis o rotura artificial de la bolsa de líquido amniótico. En ese momento se objetivó que el líquido estaba teñido de meconio, por lo que el parto ya no podía considerarse de bajo riesgo. Por ello, fue precisa la monitorización fetal, el cambio de postura –observadas primeras deceleraciones variables en el registro cardiotocográfico- para que la frecuencia cardíaca fetal se normalizase, la realización de un PH intraparto para comprobar el estado fetal y administración de amnioinfusión para tratar de disminuir la concentración de meconio

en el líquido amniótico y tratar de revertir las deceleraciones variables que se producían en cada contracción.

En relación con la necesidad de utilización de ventosa y espátula, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología señala que existían las condiciones adecuadas y la indicación médica de proceder a una extracción inmediata, al existir dilatación completa y la cabeza fetal en tercer plano y situación transversa, decidiéndose la utilización de ventosa para conseguir la rotación fetal y un descenso a cuarto plano. Al perder el vacío la ventosa, se terminó la extracción fetal mediante espátulas. La utilización de este instrumental determinó la realización de episiotomía para evitar traumatismos y desgarros en los músculos del suelo pélvico.

También el informe explica la actuación del pediatra que *“al tratarse de un parto con RCTG anómalo, presencia de meconio, una circular de cordón y parto instrumental, tal como indican los protocolos, procedió a la evaluación del recién nacido en cuna térmica donde dispone de todos los medios para comprobar si ha habido aspiración meconial y para reanimarlo en caso necesario y no sobre el vientre de la madre como ella pretendía”*.

Sobre el plan de parto tuvo ocasión de pronunciarse el Dictamen del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid 648/12, de 5 de diciembre, en el que declaró:

«Según el documento denominado “Estrategia de Atención al Parto Normal” elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el plan de parto es “un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas, sobre el proceso del parto y el nacimiento”. Según ese mismo documento el plan de parto “no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente

por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal” y además “no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento” pues pueden ocurrir circunstancias imprevisibles, que obliguen al personal sanitario a adoptar las intervenciones más oportunas y “el resto de cuidados y buenas prácticas se seguirán realizando según las recomendaciones de las guías de evidencia y protocolos, así como de las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto”».

En relación con la maniobra Kristeller, no existe constancia en el expediente de que se le practicara a la reclamante esta maniobra debiendo advertir, como ya señaló el Dictamen 648/12 que *“la maniobra de Kristeller no constituye una práctica contra protocolo, aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda su utilización con cautela y no cabe desconocer que el plan de parto aportado por las gestantes puede ceder ante circunstancias imprevistas que pueden determinar una situación de urgencia obstétrica, según recoge el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad aportado por la interesada”*. En las circunstancias señaladas solo el facultativo que asiste el parto está en condiciones de adoptar la intervención o práctica más oportuna garantizando en todo caso el bienestar fetal, como ocurrió en el presente caso.

SEXTA.- En relación con la falta de consentimiento informado para la utilización de ventosa, espátulas y realización de episiotomía, debe partirse de la consideración del consentimiento informado como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”* (artículo 3 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). También es

evidente la necesidad de informar sobre posibles riesgos (artículo 8.3 Ley 41/2002).

Sobre la forma de prestar el consentimiento, el artículo 8.2 de la Ley 41/2002 determina que: *“El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: 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”*.

En cuanto al contenido que debe contener la información prestada, la jurisprudencia (en Sentencia de 29 de junio de 2010, RC 4637/2008), indica que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada -puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Aún evitando ese extremo, la información prestada al paciente debe comprender todos los riesgos conocidos con independencia de que sean más o menos graves y más o menos frecuentes; en definitiva, el consentimiento informado debe comprender todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios.

En relación con el consentimiento informado para parto natural, ha señalado la jurisprudencia, por todas, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 2 julio de 2010 (RC 2985/2006) la innecesidad del mismo al declarar:

“... el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos. Otra cosa

es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente...".

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 (recurso de casación 5637/2011) pone de manifiesto la naturaleza propia de la intervención médica del parto y declara:

“Ciertamente es, en primer lugar, que el paciente debe ser en todo caso informado respecto al proceso médico que va a seguirse y cómo y en qué circunstancias se va a desarrollar para, de esta manera, poder conseguir no sólo el completo conocimiento de cada una de las etapas y situaciones en las que se va a encontrar sino también la máxima predisposición y colaboración a la consecución del resultado con la exteriorización de lo que conocemos como consentimiento informado. Y es que el embarazo y parto no se sustraen de la aplicación de los principios y previsiones contenidas en la Ley 41/2002, 14 de noviembre, pero lo cierto es que adquiere unas características especiales que lo configuran como un acto médico con singular naturaleza.

También, es cierto que las futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento pero no lo es menos que el mismo está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo en los mejores y mayores porcentajes posibles. Por ello, ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse en esos momentos y que han de determinar por parte de los profesionales médicos asistentes la posibilidad de adopción de las decisiones médicas adecuadas y acordes a los síntomas e indicios que se van produciendo.”

En este caso concreto, si bien la reclamante había manifestado en su plan de parto su voluntad de un parto natural y la no realización de episiotomía, las complicaciones surgidas consistentes en líquido amniótico teñido de meconio y deceleraciones observadas en el registro cardiotocográfico determinaron la necesidad de concluir el parto de forma inmediata, siendo necesaria la extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa y espátulas, con el propósito de salvaguardar la vida y la salud del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios, como es la episiotomía.

Decisión adoptada con carácter urgente y, por tanto, como señala la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 30 de septiembre de 2011 (recurso nº 982/2009) comprendida dentro de la excepción contemplada en el artículo 9.2.b) de la Ley 41/2002, que considera innecesario un consentimiento informado específico para el uso de espátulas en el parto, o en otro caso de fórceps, como documento independiente.

Además, la posibilidad de utilización de ventosa o fórceps estaba prevista como riesgo posible en el documento de consentimiento informado para anestesia epidural firmado por la interesada. La episiotomía, como señala el informe del jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, es consecuencia de la utilización de ventosa y espátula porque, *“siempre que se realiza una extracción fetal mediante ventosa o espátula es necesaria realizar una episiotomía para evitar traumatismos y desgarros en los músculos del suelo pélvico”*.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado *mala praxis* en la asistencia sanitaria prestada a la paciente ni concurrir la antijuridicidad del daño.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 26 de enero de 2017

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 38/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid