

Dictamen nº: **100/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.03.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 14 de marzo de 2019, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. y Dña., por la asistencia sanitaria prestada durante el embarazo y el parto en el Hospital General de Villalba.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el 23 de febrero de 2017 en el registro del Servicio Madrileño de Salud, las personas citadas en el encabezamiento, con asistencia letrada, formularon reclamación administrativa previa de responsabilidad patrimonial.

En dicho escrito se relata que la reclamante, de 40 años de edad, gestante de 39+5 semanas, presentaba un embarazo controlado sin patología, con serologías negativas, un screening cromosomopatías de riesgo bajo y ecografías normales en las que no se apreciaban anomalías estructurales.

El 26 de febrero de 2016, exponen, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba, a las 13:51 horas, por intensos dolores abdominales tipo contracción por lo que se le derivó al Servicio de Ginecología que le realizó un Registro Cardiotocográfico (RCTG) que reflejó una pérdida de bienestar fetal, razón por la que se explicó que habría que realizar de manera urgente la extracción por cesárea por lo que, mientras esperaba, se le sometió a un segundo RCTG. Sin embargo, el tiempo de espera fue determinante y el resultado del registro fue revelador ya que en ese mismo instante le informaron de que el bebé había sufrido una muerte fetal ante parto.

Le explicaron que la cesárea no se iba a realizar ante lo que los padres rogaron que se intentara salvar a su hijo mediante una cesárea de urgencia dado que en el registro anterior había latido. La respuesta fue que el bebé había fallecido y no procedía. Había pasado demasiado tiempo entre el primer y segundo registro.

La cesárea no se realizó y procedieron a una extracción mediante parto, con anestesia epidural. El bebé pesó 2.300 gramos y presentaba dos vueltas del cordón umbilical. Los padres no tenían conocimiento de las dificultades que podría plantear que el bebé tuviera el cordón umbilical enroscado, ni fueron informados del riesgo, además de no haberlo previsto en ninguna de las pruebas o seguimiento realizado durante la gestación.

Aseveran que han solicitado en varias ocasiones la historia clínica completa pero el centro nunca ha proporcionado los RCTG, *“posiblemente con la intención de que no revelar el espacio de tiempo entre uno y otro o el trazado que mostraban”*.

Reprochan los siguientes actos médicos:

1. Falta de seguimiento de la evolución de la reclamante pues en ningún momento se llevó el seguimiento exhaustivo y personalizado

que requería, lo que, sin duda, complicó la evolución del parto y precipitó el fatal desenlace.

2. Falta de adopción de cautelas pues, cuando se comprobó que existía una pérdida de bienestar fetal, no se mantuvo una monitorización constante ni se realizó la cesárea indicada. Se dejó transcurrir un tiempo valiosísimo para la vida del bebé hasta que volvieron a monitorizar y comprobaron que había fallecido. Desatendieron la voluntad de los padres de intentar una cesárea de emergencia. Bien sabían los facultativos que había pasado demasiado tiempo entre uno y otro registro aunque por la misma falta de control tampoco podían conocer si la parada cardiorrespiratoria se había producido en ese momento pero, unilateralmente, tomaron la decisión de no actuar.

3. Desaparición de datos de la historia clínica pues dos monitorizaciones no han sido facilitadas.

4. Resultado dañoso desproporcionado dado que, el fallecimiento de un bebé durante el parto, sin diagnóstico de patología previa que lo justifique y en una sociedad moderna y actualizada, no encaja con una atención hospitalaria por lo que se trata de un resultado que normalmente no se produce, desproporcionado, lo que origina una presunción de defectuosa prestación del servicio que obliga a invertir la carga de la prueba.

Consideran, pues, que existe una adecuada relación causa (falta de diligencia en el diagnóstico, ausencia de pruebas diagnósticas, infravaloración del cuadro clínico, retraso en el diagnóstico) - efecto (muerte anteparto), pues la actuación médica fue absolutamente desafortunada y negligente, con olvido de la *lex artis ad hoc*, toda vez que no se tomaron las decisiones terapéuticas oportunas.

Solicitan una indemnización, aplicando a título orientativo la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, por importe de 99.174 €, sin perjuicio de una posterior liquidación en atención de la evolución de los reclamantes, más los intereses, con el siguiente desglose: lesiones temporales (perjuicio personal particular: pérdida temporal de calidad de vida -28.074 €- y gastos médicos -6.100 €-; total: 34.175 €); secuelas (perjuicio personal particular: pérdida de feto a partir de las primeras doce semanas -30.000 €-; perjuicio moral por pérdida de calidad de vida moderado -35.000 €-; total: 65.000 €).

Aportan facturas e informes médicos.

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

El 17 de septiembre de 2015, la reclamante de 40 años de edad acudió a la consulta de Obstetricia del Hospital General de Villalva para control gestacional con los informes del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz en los que las pruebas y análisis realizados eran normales. Se trataba de una gestación única, por fecundación in vitro y el curso de la gestación era normal, con fecha prevista de parto el 28 de febrero de 2016. Se anotaron los resultados de las ecografías y análisis previos. Figura que el 14 de septiembre, se le había realizado la amniocentesis y la ecografía tras la misma, fue normal.

El 16 de octubre de 2015 acudió nuevamente a revisión al Hospital General de Villalba. La ecografía morfológica fue normal, latido positivo y crecimiento fetal adecuado sin que se observaran anomalías morfológicas. Se le entregó documentación informativa y el plan de parto.

El 23 de octubre acudió a completar ecografía morfológica que resultó normal. Cariotipo definitivo 46XX.

El 30 de noviembre de 2015 los resultados de la analítica del segundo trimestre fueron normales.

El 3 de diciembre la ecografía fue normal.

El 22 de enero de 2016, la ecografía del tercer trimestre resultó normal, con latido positivo y crecimiento fetal adecuado.

El 26 de febrero de 2016 a las 13:51 horas ingresó de forma urgente por dinámica uterina en gestación a término, con una edad gestacional de 39 semanas y 5 días. El triaje se hizo a las 14:05 horas y se derivó a Obstetricia. La matrona le atendió a las 14:18 horas. En la nota de enfermería trasladada a la historia clínica a las 16:56 horas consta: “*TV [tacto vaginal]: posterior, borrado 40%, 1 dedo justo, bolsa íntegra, cefálica. Al colocar RCTG de control se comprueba que el feto no tiene latido, se llama a gine de guardia para confirmación por ECO de óbito-fetal. Se decide ingreso en hospitalización para finalizar embarazo (paritorio). (...)*”.

El Servicio de Ginecología anotó en la historia clínica los resultados del TV efectuado por la matrona y que: “*Avisan por no encontrar tonos fetales en RCTG. Con la ecografía confirmamos LCF [latido cardíaco fetal] negativo. Pasamos a dilatación. Cursamos analítica completa (Protocolo Muerte Fetal Anteparto). Se inicia estimulación con oxitocina (TV: centrado, 3cm, borrado) y amniorrexis artificial (LA -líquido amniótico- meconio+++)*”.

El parto eutóxico se produjo a las 20:53 horas con anestesia epidural. El recién nacido, mujer de 2.300 gramos, con dos vueltas de cordón.

Con el juicio diagnóstico de muerte fetal anteparto, fue dada de alta el 27 de febrero de 2016 con cita en consulta para recoger los resultados de las analíticas, cita en la consulta de reproducción y en la de psicología y recomendaciones.

El 3 de marzo de 2016 acudieron ambos a la consulta de Psicología Clínica. Se anotó: *“Refiere que acudieron a urgencias con contracciones seguidas, comentan que la niña se estaba moviendo. En la primera máquina de monitorización no encontraron latido. Ella en la primera máquina no pensaba que hubiese problemas. Refieren que les dijeron no hay latido. (...)”*.

En la revisión de 30 de marzo de 2016 se anotó, entre otras cuestiones, que refirió mejoría.

Se hizo un estudio necrópsico fetal en Anatomía Patológica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz que se validó el 5 de abril de 2016. El diagnóstico del feto fue:

“Feto de sexo femenino, muerto anteparto, con dos circulares de cordón umbilical en el cuello, de 39+5 semanas (según historia clínica) con los siguientes hallazgos: -Sin evidencia de deformaciones ni malformaciones, con pesos viscerales y medidas correspondientes acordes con su edad gestacional. - Escasos signos de maceración. -Cambios (congestión visceral generalizada, hemorragias parenquimatosas muy recientes) compatibles con anoxia aguda (compatible con la evidencia clínica de circulares del cordón)”.

La anatomía patológica de la placenta evidenció: *“Placenta monocorial-monoamniótica a término, con insertación paracentral del cordón umbilical (trivascular). Leves signos de corioamnionitis (respuesta materna grado 1 sobre 3, intensidad leve; sin respuesta fetal)”*.

En la revisión de 6 de abril de 2016 se le explicó la decisión del Comité de Reproducción de que por edad y baja reserva quedaba fuera del Servicio Nacional de Salud.

El 19 de abril de 2016 se le informó de los resultados de la anatomía patológica y fue dada de alta con la recomendación de control por su médico de Atención Primaria.

TERCERO.- Presentada la reclamación se acordó la instrucción del procedimiento de conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC) y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

La jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial y Actuaciones Administrativas remitió la reclamación al Hospital General de Villalba para facilitar su personación; para recabar la historia clínica y el informe del servicio o servicios afectados así como para que aclarasen si la atención había sido o no prestada a través del concierto con la consejería y si los facultativos intervenientes pertenecían a la Administración Sanitaria Madrileña. Por último, se les pedía que diesen traslado de la reclamación a su compañía de seguros.

Asimismo, requirió al reclamante la documentación acreditativa de su condición de interesado a lo que contestó que era el padre del bebé pero no estaba casado con la reclamante por lo que carecía de libro de familia. Aportó escritura de compraventa del domicilio de ambos, detalle de una cuenta conjunta, informe del laboratorio de inseminación e informe del centro de salud donde se hacía referencia a la relación sentimental que mantenían.

Mediante escrito de 28 de marzo de 2017 el director asistencial del hospital solicitó que se les tuviera por personados en el

procedimiento; remitió la historia clínica y los informes del jefe de Servicio de Ginecología y de Psiquiatría e indicó que la atención dispensada lo fue en virtud del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid, que los facultativos son personal de plantilla del Hospital y que había comunicado la reclamación a su compañía de seguros.

En el informe de 23 de marzo de 2017, el jefe de Servicio de Ginecología, después de describir la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, contesta a las alegaciones de los reclamantes y señala, en síntesis:

1. Desde el primer momento se le informa a la paciente y a su marido que el feto no tiene latido cardíaco. La paciente llegó al hospital a las 13'51 horas por sensación de contracciones, fue valorada en la urgencia obstétrica por la matrona que le explora y se objetiva ausencia de LCF en el RCTG que se realizó a las 14'19 horas. La matrona explica a la paciente que no escucha el LCF y avisa, inmediatamente, a las ginecólogas de guardia que confirman la ausencia de LCF por ecografía en el ecógrafo de urgencias. En ese momento, informan a la paciente de que el feto no tiene latido y que es una muerte intrauterina extrahospitalaria. Ella y su marido tienen una primera reacción de negación de los hechos ante la mala noticia y refiere que ella nota moverse a la niña. Insiste en que no es posible y que es como si fuese un mal sueño. Para ayudarles en su aceptación de la noticia las ginecólogas le ofrecen repetirle la ecografía en consulta, con la idea de que vayan procesando la información y que puedan, ella y su marido, ver claramente el corazón fetal sin latido (ya que en las consultas hay un monitor donde los padres pueden visualizar la ecografía en tiempo real).

Es decir, en ningún momento desde el ingreso en el hospital se le dijo que el feto tuviese una pérdida de bienestar fetal ni que había que practicarle una cesárea urgente ya que nunca, ni en el RCTG ni en las

ecografías posteriores, se detectó LCF. Desde el primer momento se le informó de la ausencia de LCF y se hizo todo lo posible porque asumieran la mala noticia y comprendiesen que era un diagnóstico seguro sin posibilidad de error.

2. No se le practicaron dos RCTG, como indican, para el diagnóstico de muerte intrauterina. Se le hizo un único RCTG a su llegada a Urgencias, que en ningún momento detectó LCF (que se aporta en la historia clínica). El registro fue de escasos minutos porque en cuanto se vio la ausencia de LCF se hizo una ecografía para confirmar el diagnóstico de muerte fetal anteparto. Habitualmente, en la práctica clínica diaria, el diagnóstico de muerte intrauterina se sospecha con el RCTG (porque no se escucha el latido) y se confirma por ecografía ya que se visualiza la imagen del corazón sin latidos y el feto sin movimientos. Posteriormente, desde que se inicia la inducción en la sala de dilatación y solo para el control de las contracciones y del bienestar materno, se realiza una monitorización continua de la dinámica uterina y de la frecuencia cardiaca materna (este monitor está adjuntado en la historia clínica de la paciente).

3. Muestra su absoluta disconformidad con la manifestación relativa a que se le explicó que había que realizar una cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal pues nunca se transmitió dicha información ya que en ningún momento se detectó LCF. Por lo tanto, ante el diagnóstico de muerte intrauterina la primera vía del parto que se recomienda es la vaginal.

4. Respecto al diagnóstico de la vuelta de cordón, de conformidad con la revisión bibliográfica del UptoDate (2017), una vuelta de cordón es un hallazgo frecuente en el momento del parto y en la mayoría de los casos no está asociada con un aumento del riesgo de un resultado adverso. Habitualmente no se realiza screening ecográfico de rutina para diagnosticar la vuelta de cordón y además no está recomendado

por ninguna sociedad científica. Incluso la recomendación médica es que, aunque se visualice con la ecografía, no se escriba en el informe, ya que hay consenso médico de que visualizar una vuelta de cordón es un hallazgo normal y que el hecho de notificarla en el informe produce ansiedad materna y no precisa ningún cambio en la actitud médica de los cuidados anteparto ni intraparto. La evidencia científica sugiere que la vuelta de cordón no se asocia con un incremento de ningún resultado clínico adverso ni fetal ni neonatal. La pérdida fetal por estrangulamiento es rara. La presencia de una vuelta de cordón aislada es evidencia insuficiente de causalidad y habrá que descartar otras condiciones asociadas.

5. Respecto a la solicitud de historia clínica y documentación facilitada, afirma que todos los informes y pruebas realizadas constan en su historia clínica hospitalaria que está compuesta por la historia clínica informatizada, el partograma y RCTG del programa OBC-Trace y la documentación en papel que se guarda en el archivo. En ningún caso el objetivo del hospital ha sido ocultarle información que está detallada en su historia clínica extensa y correctamente archivada.

El 28 de marzo de 2017 informó el Servicio de Psiquiatría y expuso los resultados de las dos visitas de la reclamante a la consulta de psicología clínica, los días 3 y 30 de marzo de 2016. Indicó que el seguimiento fue interrumpido por la paciente de forma voluntaria.

La Inspección Sanitaria incorporó al expediente la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz relativa al embarazo y emitió informe el 1 de agosto de 2017 en el que después de describir la asistencia sanitaria prestada, realizó consideraciones médicas y un juicio crítico sobre el presente caso para concluir que la asistencia se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

Mediante escrito de 17 de octubre 2017, se confirió el trámite de audiencia al hospital que se opuso a la reclamación formulada y

afirmó que la asistencia fue en todo momento la adecuada, prestada por especialistas de gran cualificación y experiencia de acuerdo con el estado actual de la ciencia y tecnología y con los protocolos y métodos establecidos, como se desprende los informes de los Servicios de Ginecología y de Psiquiatría y del médico inspector que concluyó que la asistencia es ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Por escrito de 23 de noviembre de 2017 se concedió el trámite de audiencia a los reclamantes que presentaron alegaciones en las que reconocen que el bebe sufrió una muerte anteparto, motivo por el que no le realizaron una cesárea de urgencia y procedieron a la extracción mediante parto y presentó dos vueltas del cordón umbilical. Tras el fallecimiento, para paliar el malestar de los padres, se les ofreció la posibilidad de someterse a un tratamiento de fecundación in vitro, pero nunca se llevó a cabo, ya que en la consulta de 6 de abril de 2016 se les informó de que no reunían los requisitos para beneficiarse de dicho tratamiento. Afirman que los RCTG han sido aportados después de formular la reclamación pero no constan entre ellos los resultados del primer registro que se le realizó inmediatamente cuando ingresó y que recogía el latido del feto, por ello los padres no comprendieron el porqué no se practicó la cesárea de urgencia, dado que se desconocía el momento exacto de la parada (si existía latido en el primer registro, la parada bien podía haber sido instantes antes de la segunda).

El 27 de diciembre de 2018 el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 8 de febrero de 2019, 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 62/19, a la letrada vocal Dña. María del Pilar Rubio Pérez de Acevedo que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión en su sesión de 14 de marzo de 2019.

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 quince mil euros, a 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.

SEGUNDA.- Los reclamantes están legitimados activamente al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, al ser las personas que sufren el indudable daño moral de la pérdida de un hijo, a su juicio, por la asistencia sanitaria recibida.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el Hospital General de Villalba, centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid, de manera que es imputable a la

Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido, nos hemos pronunciado, entre otros, en los dictámenes 67/18, de 15 de febrero y 165/18, de 12 de abril, asumiendo la doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en sus sentencias de 30 de enero (r. 1324/2004) y de 6 de julio de 2010 (r. 201/2006).

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (*ex artículo 67.1 de la LPAC*). En el presente caso, el fallecimiento del feto se produjo el 26 de febrero de 2016 por lo que la reclamación registrada el 23 de febrero de 2017 está en plazo.

En cuanto al procedimiento, se ha solicitado el informe del servicio al que se atribuye el daño, se ha incorporado la historia clínica y el informe de la Inspección Sanitaria, se ha concedido el trámite de audiencia a los reclamantes y al hospital y, por último, se ha formulado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP.

Tiene declarado el Tribunal Supremo, por todas, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 6 de abril de 2016 (r.c. 2611/2014), que la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en la ley y en una reiterada jurisprudencia que lo interpreta:

- 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 de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa-efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal;
- c) ausencia de fuerza mayor, y
- d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Sobre el concepto de lesión, la Sentencia de 16 de marzo de 2016, (r.c. 3033/2014), entre otras, destaca que es este concepto el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y

que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico.

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 sanitario. La obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, las sentencias de 15 de marzo de 2018 -r.c. 1016/2016-, 4 de julio de 2013 -r.c. 2187/2010- y 21 de diciembre de 2012 -r.c. 4229/2011-) afirma que en la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria *“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”*.

CUARTA.- En el presente caso, los reclamantes dirigen su reproche al mal funcionamiento de la Administración Sanitaria al

considerar que la deficiente asistencia durante el embarazo y en el parto conllevó la muerte de su hija.

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.

En este sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 18 de marzo de 2016 (r. 154/2013) indica que “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado*”.

En el presente caso, las afirmaciones de los reclamantes relativas a la vulneración de la *lex artis* no resultan sustentadas por la necesaria prueba por lo que han de analizarse los informes que figuran en el expediente remitido que dan cumplida respuesta a los reproches formulados.

Así, sobre el reproche relativo a la falta de seguimiento y a la adopción de cautelas, la propia reclamante reconoce que el embarazo estaba controlado y no había patologías y se deriva de la historia clínica que transcurría sin incidencias. Además, la Inspección Sanitaria confirma lo manifestado por el jefe de Servicio de Ginecología pues señala que lo detectado en el RCTG realizado en el Servicio de Urgencias a las 14:20 horas, esto es, 30 minutos después de su llegada al hospital (13:51 horas) no fue una pérdida de bienestar fetal sino la ausencia de latido fetal lo que estableció la sospecha de muerte

fetal confirmada poco después mediante ecografía. Además, indica, en el informe de 3 de marzo de 2016 de la consulta de Psicología manifestaron que en la “*primera máquina de monitorización no encontraron latido*” y “*refieren que les dijeron que no había latido (...)*”. Destaca que la extracción del feto detiene el proceso de maceración por lo que es posible calcular con bastante aproximación el momento de la muerte intraútero y explica que, en este caso, la autopsia informa de cómo estaba la piel del feto por lo que el momento probable de fallecimiento hay que situarlo entre ocho y setenta y dos horas antes del nacimiento de forma que la reclamante llegó al hospital a las 13:51 horas y el nacimiento se produjo a las 20:53 horas, esto es, siete horas después. Por tanto, considera que el fallecimiento hay que situarlo en un momento, probablemente no muy lejano pero anterior a la llegada. Además, nunca existió opción a cesárea para reanimación porque el bebé había fallecido.

Respecto a la desaparición de las dos monitorizaciones, el Servicio de Ginecología afirma que se encuentran en la historia clínica y ello viene corroborado por la Inspección que señala que en la misma consta copia de los dos RCTG, de las dos monitorizaciones que le realizaron, el primero, desde las 14:20 horas a las 14:25 horas y el segundo, del período de dilatación y parto, desde las 15:45 horas a las 20:38 horas.

En cuanto al reproche de daño desproporcionado, la Inspección manifiesta que no se evidencia ningún tipo de daño derivado de la asistencia prestada porque el feto había fallecido antes de llegar la reclamante al hospital. Advierte que, después de la 28^a semana de gestación, hasta el 60% de las muertes intraútero resultan inexplicadas. En este caso, el patólogo en su informe relaciona ciertos hallazgos necrópsicos -congestión visceral generalizada y hemorragias

parenquimatosas recientes- con anoxia aguda relacionada ésta, a su vez, con las dos circulares de cordón que presentaba el feto.

En consecuencia, la Inspección Sanitaria concluye que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

A este respecto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 18 de marzo de 2016 (r. 154/2013) recuerda el especial valor del informe de la Inspección Sanitaria que aunque “*(...) no constituye prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

Por ello, hemos de atenernos a la conclusión de la Inspección Sanitaria.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de *mala praxis* en la atención sanitaria dispensada.

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 14 de marzo de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 100/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid