

Expediente Núm. 79/2017
Dictamen Núm. 141/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de mayo de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de febrero de 2017 -registrada de entrada el día 22 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en un parto.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 6 de noviembre de 2015, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Expone que “el día 7-11-2014 fui asistida por parto espontáneo en el Hospital por los Servicios de Obstetricia y Anestesiología./ El parto transcurre con normalidad hasta la fase expulsiva, en la que el ginecólogo que

me asistió decide, sin facilitar a la paciente ningún tipo de información médica, practicar un fórceps rotativo sin episiotomía./ Como consecuencia de dicha maniobra sufrí dos importantes desgarros vaginales y se rompe un vaso que provoca una hemorragia./ Tras el alumbramiento, y mientras suturaban los desgarros, avisé de que me encontraba mal, momento a partir del cual verificaron mi tensión, que había caído a 5-3, y comienzan a buscar el origen de la hemorragia a la vez que me monitorizan y avisan a Anestesiología, quienes me recuperan del shock hemorrágico con fármacos./ Una vez localizado el origen de la hemorragia el ginecólogo asistente (...) se ausenta y deja a la médico interno (...) practicando la sutura./ Ante la imposibilidad de la médico interno de detener la hemorragia, y dado que mi tensión volvía a caer, llaman al médico titular, quien finalmente detiene la hemorragia mientras vuelve a llamar al Servicio de Anestesiología para recuperar nuevamente el shock hemorrágico con fármacos”.

Precisa que desconoce “los fármacos administrados por Anestesiología, pues los informes médicos de este Servicio no constan en mi historial clínico y, a pesar de que se han solicitado en dos ocasiones, no fueron facilitados”.

Añade que “como consecuencia del fórceps rotativo practicado y de las maniobras efectuadas para detener la hemorragia y suturar los desgarros sufro un importante edema vulvar y hematoma vaginal que, junto con la anemia (...), hacen que quede hospitalizada durante 7 días./ Tras el alta permanezco con tratamiento domiciliario de ferrosanol y analgesia, y no es hasta el 22 de diciembre de 2014 (fecha en la que me incorporo a mi trabajo) que comienzo a encontrarme mejor de la anemia. Sin embargo, permanezco con analgesia, dolores y molestias hasta principios de febrero de 2015./ Actualmente, como secuela sufro un rectocele del que no puedo precisar grado porque tarda al menos un año en estabilizarse”.

Solicita una indemnización cuyo importe asciende a once mil trescientos cincuenta euros (11.350 €) por los siguientes conceptos: “daño moral sufrido a consecuencia de la ausencia total de consentimiento informado y la consecuente vulneración de mi derecho a la autodeterminación”, razonando

que “la ausencia de consentimiento informado me ha impedido, por falta de información, elegir con conocimiento la práctica de un fórceps con episiotomía (o incluso cesárea) frente al fórceps rotativo sin episiotomía que conlleva mayores riesgos de desgarros, hemorragias y prolapsos pélvicos”, 6.000 €; periodo de recuperación (en el que distingue días hospitalarios y días improductivos), 2.350 €, y “secuela” (rectocele), 3.000 €.

Propone prueba documental, consistente en la documentación que aporta y que se requieran al Hospital los informes del Servicio de Anestesiología y un listado de quejas y reclamaciones relacionadas con los servicios médicos prestados” por el facultativo presente en el parto.

Adjunta diversa documentación médica relativa al parto entre la que se encuentra la hoja de partograma, las hojas de curso clínico y el informe clínico de alta.

Mediante oficio de 9 de noviembre de 2015, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios.

2. El día 15 de diciembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 14 de enero de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital En él se indica que “en el segundo estadio de parto (periodo de dilatación completa) se objetiva prolongación durante cuatro horas, realizándose el diagnóstico de detención de segundo estadio de parto” conforme a los criterios establecidos por “el Ministerio de Salud Pública y Política Social y recogidos en la Guía de Práctica Clínica de

Atención al Parto Normal. La detención del segundo estadio de parto implica la finalización del mismo. El Servicio de Obstetricia y Ginecología del (Hospital) recoge esta definición en el protocolo de la página web”.

En cuanto a la indicación de parto instrumental, manifiesta que viene dada por la existencia de encajamiento en la presentación, precisando que se procedió a su realización “tras explicar la indicación, tranquilizar y mostrar empatía con la paciente y sus familiares”, y añade que cumple “todos los requisitos establecidos en la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología” y en numerosas sociedades internacionales. Sostiene que la opción por un parto instrumental frente a la realización de una cesárea potencialmente compleja cuando existe un encajamiento de la presentación fetal se establece por los mejores resultados fetales y menor morbilidad materna” (aporta diversos indicadores avalados internacionalmente al respecto).

En cuanto al consentimiento informado, señala que en el Servicio de Salud del Principado de Asturias “el parto no precisa de un consentimiento informado”, aunque sí existe “un documento informativo con valor de consentimiento informado que queda reflejado en la cartilla de embarazo”. Reseña que “en el capítulo de complicaciones y/o riesgos y fracasos” de dicho documento se informa que “ante la aparición de alguna de estas complicaciones sería necesaria la práctica de una intervención obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps) con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o 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. Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del personal de medicina, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado. La mujer y su pareja o familiares tendrán información de los mismos siempre y cuando la urgencia o circunstancias lo permitan”. Pone de relieve que el mismo documento especifica, “de acuerdo con la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología”,

que el parto no precisa consentimiento informado (salvo en caso de cesárea programada), y que “desde los servicios sanitarios consideramos que la mujer de parto es una persona sana y como tal se le tratará”, al ser el parto un proceso natural.

Justifica la elección del fórceps “frente a la ventosa”, establecida “en la medicina basada en la evidencia”, según la bibliografía que cita, y con arreglo a la cual los criterios que determinan la elección del instrumento son “la capacidad técnica del obstetra y el escenario clínico”. Respecto a la primera, indica que “en este caso el operador presenta 27 años de experiencia en el área de Partos”, participando “en relación al hecho clínico que nos ocupa (...) en congresos nacionales e internacionales”, así como en publicaciones, y dirige “talleres de formación en simulación en parto instrumental de ámbito hospitalario, regional y nacional”.

En cuanto a la realización de la episiotomía, apela de nuevo a “la medicina basada en la evidencia”, y afirma que “de nuevo la Cochrane establece que la práctica de la episiotomía de rutina frente a la episiotomía restrictiva no parece reducir la incidencia de desgarros perineales, traumatismo fetal o distocia de hombros, ni en la ventosa ni en el fórceps. Por tanto, en el parto instrumental la realización o no de una episiotomía queda a criterio del operador. Asimismo, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología y la Sociedad Canadiense establece con un grado de recomendación B que la realización de una episiotomía no es indispensable en el parto instrumental y que puede incrementar el traumatismo materno”. Añade que “la episiotomía no protege de los desgarros perineales y sí incrementa la incidencia de infección y de dehiscencia de la episiotomía”. Concluye, en lo relativo a “la intervención ante el diagnóstico de detención del segundo estadio”, que esta “se realiza con los mejores resultados fetales y la menor morbilidad para la madre, al indicar y evitar la realización de una cesárea y una episiotomía”.

Por lo que se refiere al “tercer estadio del parto”, subraya que “en todo momento se mantiene la información del estado de la paciente a ella y a sus familiares” respecto a los hallazgos (desgarro grado I -el de menor morbilidad-

y vaso sangrante) de la revisión del canal del parto. En cuanto al desgarro grado I, señala que el American College concluye en su reciente revisión que “el desgarro grado I o II puede producir dolor o molestias, pero no se asocian a infecciones, dolor crónico o secuelas a largo plazo”, a diferencia de los desgarros grado III y IV, precisando que “no ha requerido transfusiones ni aplicación de sustancias hemostáticas para su desgarro de I grado”.

Sobre la “capacitación del médico interno residente”, indica que “está capacitado para la sutura de desgarros perineales, episiorrafias, parto instrumental e incluso la realización de una cesárea. La supervisión del obstetra responsable fue completa y estaba presente o en la sala adyacente”.

Aclara que “la hemorragia posparto es manejada de forma multidisciplinar que incluye al Servicio de Anestesiología. La hemorragia está categorizada como moderada, ya que no precisó transfusión ni durante el parto ni en el posparto. Tampoco precisó tratamiento intravenoso con hierro, sino únicamente tratamiento oral”. Añade que la hipotensión en este caso probablemente sea multifactorial, “aunque es imposible determinarlo”, y que se administró efedrina.

Respecto al “edema de vulva”, señala que “corresponde a una acumulación de líquidos en el espacio extracelular y no está relacionado con la realización de un parto instrumental”; de hecho, “no aparece entre las posibles complicaciones del parto instrumental en la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología”, y “sin duda está relacionado con la presión de la cabeza fetal sobre el suelo pélvico durante un tiempo prolongado (de) cuatro horas”.

En relación con la estancia hospitalaria, explica que “el tercer día de estancia se le ofrece el alta pero la paciente solicita permanecer ingresada hasta pasados siete días”, poniendo de manifiesto que al alta se le prescribe analgesia y hierro oral al presentar anemia, lo cual es muy habitual y se administra a “casi todas las mujeres”.

Finalmente, explica que “no se puede atribuir al parto instrumental, con o sin episiotomía, la existencia o no de un rectocele, sino al embarazo y al parto

vaginal”, citando como fuentes a la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología y diversas sociedades internacionales.

Concluye que “el diagnóstico, indicación de terminación, vía de parto, instrumento elegido y la no realización de episiotomía en el escenario clínico del parto (...) siguen fielmente a la medicina basada en la evidencia y las recomendaciones de las sociedades científicas./ Las decisiones tomadas y la aplicación de la evidencia lograron los mejores resultados maternos y fetales en esas circunstancias”.

4. El día 29 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda acceder a la práctica de la prueba documental consistente en emisión de un informe por parte del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital y denegar la relativa a la elaboración de un listado de quejas y reclamaciones relacionadas con los servicios médicos prestados por el facultativo que se indica, “ya que lo solicitado no guarda ningún tipo de relación con la materia objeto de este expediente de responsabilidad patrimonial”, lo que se notifica a la reclamante.

Con la misma fecha, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas solicita al Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital el informe requerido.

5. Mediante oficio de 15 de febrero de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido con esa misma fecha por los dos facultativos del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital que atendieron a la reclamante. En él describen la asistencia prestada durante el parto (administración de analgesia epidural) y posparto. En relación con este último, reseñan que fueron requeridos “por un presunto episodio de hipotensión arterial”, por lo que acudieron de forma inmediata y comprobaron que ya se le había administrado efedrina y se le estaban “pasando 500 ml de hidroxietilalmidón”; puesto que “la paciente estaba

consciente y orientada y que no existía ningún compromiso respiratorio, nuestra actuación no es otra que comprobar una toma de tensión que resulta normal, manteniéndose (...) estable hemodinámicamente./ Dado que el episodio relatado por la paciente, cuya veracidad en ningún momento ponemos en duda, no tiene relación con la técnica epidural, pues la medicación ya había cesado con anterioridad, sino, presuntamente, con el episodio de sangrado posparto, nos limitamos a quedar a disposición del Servicio de Obstetricia y Ginecología por si la revisión del mismo precisara apoyo anestésico *in situ* o en quirófano, cosa que no sucedió, por lo que regresamos al área quirúrgica”.

Manifiestan que “casi de forma inmediata se nos vuelve a requerir telefónicamente aduciendo, básicamente, preocupación de la paciente y la familia, por lo que regresamos al área de partos. Nos limitamos simplemente a constatar que (...) continúa estable hemodinámica y respiratoriamente, aunque sí postrada y temblorosa, por lo que nos limitamos a sugerir al Servicio de Ginecología y Obstetricia la realización de un hemograma de control y la colocación de una manta corporal de aire caliente, así como nuestra disponibilidad para apoyo anestésico en la revisión del sangrado si así lo considerasen oportuno, cosa que de nuevo no sucedió./ En esta segunda llamada no nos consta episodio de hipotensión ni medicación administrada por el personal de partos ni, evidentemente, por nosotros”.

Finalmente, y por lo que se refiere a la falta de constancia de los informes médicos del Servicio en la historia clínica, señalan que “lo relatado anteriormente no quedó reflejado en el historial clínico de la paciente, pues nuestra presencia en ningún momento fue activa, sino expectante”.

6. Con fecha 29 de febrero de 2016, y tras reiterarse la petición, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia, en soporte electrónico, de la historia clínica relativa al proceso causante de la reclamación.

7. Mediante escrito de 12 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios pone en conocimiento de la correduría de seguros la presentación de la reclamación.

8. Figura incorporado al expediente a continuación el informe médico suscrito por una especialista en Ginecología y Obstetricia el día 13 de junio de 2016 a instancia de la compañía aseguradora. En él efectúa diversas consideraciones médicas sobre las complicaciones y riesgos de la asistencia al parto y recoge el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en cuanto al uso del fórceps, sus indicaciones, contraindicaciones y morbimortalidad, refiriéndose al prolapso genital.

Respecto al caso planteado, confirma que “ante la necesidad de la extracción fetal” por expulsivo prolongado “la forma más rápida y segura (...) era mediante la aplicación del fórceps rotador”, y que en esta paciente “se daban las condiciones necesarias” para ello -“membranas rotas, cuello totalmente dilatado y cabeza encajada”-.

Señala que los “desgarros son habituales en el parto instrumental y se podrían haber producido igualmente aunque se hubiera hecho la episiotomía”, que además debe realizarse de forma restrictiva, según los protocolos.

Afirma la corrección de la actuación ante el episodio de hipotensión y mareo, así como la falta de relación del edema vulvar con el carácter instrumental del parto, poniendo también de manifiesto la adecuación del tratamiento dispensado para su sanación.

En cuanto al rectocele, subraya su origen multifactorial y que “probablemente” en su caso “tiene más que ver con el embarazo que con el parto”.

9. Con fecha 22 de junio de 2016, un gabinete jurídico privado emite informe a instancia de la compañía aseguradora y propone la desestimación de la reclamación con base en los informes incorporados al expediente.

10. Mediante escrito notificado a la interesada el 1 de julio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Consta la comparecencia de la perjudicada en las dependencias administrativas el 5 de julio de 2016 para examinar el expediente, haciéndosele entrega de un CD que contiene una copia del mismo.

11. El día 19 de julio de 2016 la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones. En él expone que su reproche no se dirige a la decisión de instrumentalizar el parto, sino a la falta de información sobre su realización, así como a la falta de práctica de una episiotomía que -entiende- era preceptiva, dado el uso de fórceps y al tratarse de su primer parto.

Afirma que en el "manual del (Hospital) de enero de 2011, denominado 'consentimiento Informado. Documentos de uso en el hospital', consta el mismo, y rechaza que la información que figura en la cartilla maternal pueda sustituir al consentimiento informado, citando diversa jurisprudencia que, a su juicio, avala la aplicación de la Ley 41/2002 al embarazo y parto.

Manifiesta que el fórceps se empleó con dificultad, y que la médico residente falló en su empleo (siendo sustituida tras dos intentos por el otro médico), señalando a continuación dos documentos que avalan la episiotomía en caso de parto instrumental emitidos por el Ministerio de Sanidad y Política Social, así como por la jurisprudencia que indica.

Tras referirse a la gravedad de la hemorragia sufrida, sostiene que el edema fue causado por el parto instrumental, y pone de relieve que es incierto que se le ofreciese el alta al tercer día, aunque sí se le mencionó al quinto día de estancia, lo que no compartieron los médicos que la revisaron los dos días restantes.

Añade, en cuanto al rectocele, que, si bien no cabe "adivinar si habría sufrido las mismas secuelas de haberse practicado un parto instrumental con episiotomía (...), sí es posible afirmar que la práctica de la episiotomía disminuye el riesgo de prolapso de los órganos pélvicos".

Considera que el informe del Servicio de Anestesiología “falta a la verdad”, pues fue ese Servicio el que administró todos los fármacos para solventar el shock hemorrágico, según reflejan las indicaciones de farmacia que constan en su historial clínico.

12. Con fecha 19 de octubre de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe acerca del modelo de consentimiento informado empleado en el hospital, según la reclamante.

El informe del Servicio de Ginecología se emite el día 17 de noviembre de 2016, y en él consta que el modelo mencionado “no se utiliza desde hace tiempo en el hospital”, precisando que en la actualidad, “de acuerdo con nuestra sociedad científica, se utiliza un documento informativo que coincide en el texto con el modelo de consentimiento informado del que se nos solicita información” y que figura incluido en la Cartilla de Salud Maternal para asegurar su conocimiento por todas las gestantes.

13. Mediante oficio notificado a la perjudicada el 5 de diciembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura de un nuevo trámite de audiencia.

El día 20 de diciembre de 2016, esta presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que reitera la existencia de jurisprudencia relativa a la obligación de recabar consentimiento informado para realizar un parto instrumental o cesárea. Insiste en que la cartilla maternal no constituye un consentimiento informado y adjunta copia de la citada cartilla.

14. El día 2 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes obrantes en el expediente. En ella razona que la utilización del fórceps no requiere consentimiento informado con arreglo a 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.

En cuanto a que la cartilla maternal refleje que la episiotomía “solo debe practicarse si se necesita que la criatura” nazca rápidamente o “se va a practicar un parto instrumental”, pone de manifiesto que en ella “no se afirma que sea una indicación absoluta en todos los partos instrumentales, siendo el criterio del médico el que determina su realización o no, ya que a continuación del párrafo anterior se dice que “los estudios han demostrado que es mejor evitarla”.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de febrero de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de

octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina 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".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de la interesada interpuesta el día 6 de noviembre de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 6 de noviembre de 2015, habiendo tenido lugar el alta hospitalaria tras el parto

(episodio asistencial por el que se reclama) el día 14 de noviembre de 2014, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Sin embargo, en este supuesto la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias, como venía haciendo habitualmente.

Asimismo, observamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no

impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad

patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SIXTA.- La reclamante interesa una indemnización por los daños derivados de la asistencia prestada con ocasión de un parto en un centro hospitalario público.

Del examen del expediente resulta acreditado que con ocasión del alumbramiento la paciente sufrió diversas dolencias (desgarro, hemorragia moderada, edema y hematoma), y que requirió siete días de hospitalización.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso que nos ocupa la interesada no aporta ningún informe médico que sustente sus alegaciones, por lo que este Consejo ha de formar su juicio con base en los informes incorporados al expediente por la Administración a lo largo del procedimiento.

La reclamante relaciona las complicaciones sufridas y la secuela alegada (rectocele) con la falta de realización de una episiotomía, que a su juicio resultaba preceptiva en caso de empleo de fórceps. Asimismo, reprocha la ausencia de información sobre la decisión de instrumentalizar el parto -cuya indicación no cuestiona-, y defiende al respecto la obligación de suscribir un documento de consentimiento informado.

Hemos de referirnos, en primer lugar, a los daños físicos que la paciente atribuye al incorrecto proceder del equipo que la atendió. Como hemos señalado, ningún informe médico avala sus afirmaciones, mientras que los emitidos por el Servicio implicado y por una especialista a instancia de la compañía aseguradora niegan la relación expuesta por la reclamante entre la instrumentalización del parto y las complicaciones que padeció. Así, explican que la realización de la episiotomía no resulta preceptiva en un parto instrumental, y citan al efecto a la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, que -en contra de lo que aquella manifiesta- sostiene que su práctica puede "incrementar el traumatismo materno". Ha de advertirse que los documentos citados por la interesada señalan que la episiotomía no debe practicarse de forma rutinaria en un parto espontáneo, sino que, de acuerdo con este criterio restrictivo, su empleo queda limitado a los casos en que concurra necesidad clínica, "como un parto instrumental o sospecha de compromiso fetal". La interpretación de este inciso debe hacerse en el sentido expuesto en la propuesta de resolución, que aclara, al referirse a la mención que al respecto consta en la "cartilla maternal", que no equivale a que sea una

“indicación absoluta en todos los partos instrumentales”, sino que su realización vendrá determinada por decisión médica adoptada en cada caso.

La Cartilla de Salud Maternal contempla como “complicaciones” del parto, entre otras, los “trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación”, los “hematomas en el aparato genital, lesiones y desgarros del canal del parto” y “dificultades en la extracción del feto”. Es decir, conviene tener presente que estas constituyen complicaciones derivadas del alumbramiento en cuanto hecho biológico y propias de la naturaleza del mismo que pueden producirse (y por eso se enuncian como tales) al margen de la asistencia sanitaria prestada, y que puede implicar, además, la existencia de riesgos específicos propios de las actuaciones médicas que cada caso requiera o se demande (por ejemplo, la realización de una cesárea o el uso de analgesia epidural). En particular, y en cuanto al edema vulvar, los informes explican su relación con “la presión de la cabeza fetal sobre el suelo pélvico durante un tiempo prolongado (de) cuatro horas”; justificación que la interesada rechaza sin aportar razones médicas que avalen su afirmación sobre la relación entre el edema y el parto instrumental. Cabe señalar que en las notas de curso clínico consta que días después del parto se le explicó que el edema se atribuye a la presión fetal “durante la segunda fase (ya se encontraba presente antes del expulsivo), y de la fase activa de pujos más que el parto en sí mismo)”. Tampoco acepta el origen multifactorial del rectocele y su vinculación con el propio embarazo, respecto al cual únicamente formula una hipótesis (“adivinar si habría sufrido las mismas secuelas de haberse practicado un parto instrumental con episiotomía”), lo que resulta insuficiente para desvirtuar lo expuesto por los facultativos.

En segundo lugar, y en relación con la denunciada ausencia de información, advertimos que la perjudicada no niega en su escrito de alegaciones que el empleo del fórceps se llevara a cabo “tras explicar la indicación, tranquilizar y mostrar empatía con la paciente y sus familiares”, como afirma el Jefe del Servicio en su informe. En ellas ya no reitera que la decisión se haya adoptado “sin facilitar a la paciente ningún tipo de información médica”, pero sí alude a la falta de consentimiento informado escrito, cuya

innecesariedad, alegada por la Administración, rechaza. También insiste en la falta de equiparación al mismo de la Cartilla de Salud Materna; aseveración que no se discute, pues la misma cartilla reseña expresamente que “el parto no precisa de un consentimiento informado” (página 45), ni presenta tal aspiración, lo que no impide reconocer su innegable función informadora al proporcionar conocimiento sobre la dinámica del parto y las posibles actuaciones médicas que su desarrollo puede implicar. Esta función es coherente con la falta de obligatoriedad de la suscripción del documento de consentimiento informado derivada de la propia naturaleza del parto en cuanto hecho biológico de producción inevitable al término de un embarazo, que no constituye una actuación médica de las establecidas en el artículo 8.2 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, en las que resulta exigible el consentimiento informado escrito -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-. Tal es el criterio del Tribunal Supremo, que establece que “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, pero no es esta la circunstancia que aquí aconteció” (Sentencia de 2 de julio de 2010 -ECLI:ES:TS:2010:4119-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª). Por último, parece oportuno precisar que el empleo de instrumental específico para su correcto desarrollo no transforma, desde un punto de vista médico, un parto instrumental en una intervención asimilable a una cesárea.

En definitiva, no resulta acreditado que en el proceso asistencial relacionado con el parto de la reclamante se haya incurrido en infracción de la

lex artis, ni que se haya omitido información sobre la intervención obstétrica realizada. Sí resulta probado que las dolencias surgidas durante su desarrollo y tras el mismo están relacionadas con el propio alumbramiento y con el embarazo.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.