



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero
y Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 2 de noviembre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 19 de septiembre de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 21 de septiembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 913/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

Primero.- Dña. xxxxx, mediante un escrito presentado el día 3 de diciembre de 2002, plantea una reclamación de responsabilidad patrimonial por la atención recibida en el Hospital hhhhh, los días 21 y 30 de noviembre de 2001, y 3 de diciembre y siguientes del mismo año. El primer día es atendida en urgencias, en estado de gestación; el 7 de diciembre se produce un aborto



estando hospitalizada, con expulsión del feto vivo. Tras relatar las fases de lo que considera indebida atención, resume así su reclamación:

“Como se desprende de todo lo relatado anteriormente, desde un principio el tratamiento realizado a la actora fue erróneo, lo que derivó finalmente en el fatal desenlace, produciéndose el aborto y pérdida del hijo que esperaba. Porque desde el día 21 de noviembre –en que aparecen las primeras contracciones– no se le practican las pruebas necesarias –ecografía– para controlar la evolución del feto, ni se le proporciona el tratamiento adecuado para controlar las contracciones; ni el día 30 de noviembre cuando acude con hemorragia se la examina en modo alguno, porque había acudido a la medicina privada ante la ineficacia de la pública; y el día 3 de diciembre, de madrugada, cuando la hemorragia es abundante y las contracciones fuertes, se le realiza inmediatamente ecografía y se controlan las contracciones; hasta que finalmente el día 7 de diciembre se produce el fatal desenlace, dando a luz un feto de 18 semanas que fallece en pocos minutos; uniéndose a todo ello, para mayor perjuicio emocional, la negativa a la entrega de los restos de neonato a su madre, y la contradicción en cuanto al sexo del mismo.

»Como es deducible, la falta de una adecuada asistencia sanitaria, *ab initio*, la pertinaz negativa a utilizar los medios aconsejados para este tipo de sintomatología –ecografía–, la ausencia de un adecuado tratamiento para controlar primero, las contracciones, y luego, la hemorragia, deriva en el aborto espontáneo de un feto que muere casi de inmediato, negándosele incluso la entrega de sus restos a la madre, situación anómala y desesperante que ha provocado incertidumbre, malestar, sensación de abandono, y, en definitiva, graves perjuicios emocionales y morales a la actora, que deben ser evaluables”.

Solicita indemnización de daños y perjuicios por error de diagnóstico y tratamiento, “daños morales y emocionales que se cuantifican prudencialmente en 150.253,03 euros”.

Segundo.- En el expediente se encuentran, entre otros, documentos de la historia clínica, así como los siguientes informes:

- Informe de la Dra. cccc, MIR de familia de segundo año del Hospital hhhhh, de 20 de diciembre de 2002, en el que se ratifica en su informe de urgencias –que adjunta– de 30 noviembre de 2001.



- Informe del Dr. ddddd, del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital hhhhh, de 16 de febrero de 2003.

- Informe –sin fecha– de la Dra. sssss, del Servicio de Tocoginecología del Hospital hhhhh de xxxxx, que informa sobre su actuación – limitada a los días 21 de noviembre y 3 de diciembre de 2001– en los hechos.

Tercero.- Con fecha 5 de marzo de 2003, la médica inspectora, Dra. ffffff, emite un informe en el que describe los hechos, de forma que se puede resumir así:

- Dña. xxxxx, de 30 años de edad, con antecedentes de dos embarazos previos normales que finalizaron en cesáreas por desproporción clínica, acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx el día 21 de noviembre de 2001, a las 14,49 horas, por dolor en región suprapúbica, inguinal y de FID desde la noche anterior, de carácter continuo. Estaba en la semana 15 de gestación, siendo la fecha de la última regla el 9 de agosto de 2001. Es atendida por el facultativo de urgencias, quien no encuentra datos anormales en la exploración.

En la analítica urgente tiene: hemograma con datos de Hb y Hcto. normales, 18.600 leucocitos con 82% de neutrófilos, bioquímica normal. Estudio de coagulación normal. La analítica de orina es con cuerpos cetónicos y leucoesterasa positiva.

También es revisada por la ginecóloga, Dra. ssss, quien encuentra en la exploración ginecológica útero aumentado, como 16-18 semanas de gestación, no metrorragia. Es diagnosticada de infección urinaria y tratada con Monurol 3 g.

- El 30 de noviembre de 2001, a las 17,26 horas, acude otra vez al Servicio de Urgencias del citado hospital por presentar desde el día anterior ligero sangrado. Vista el día anterior por un ginecólogo privado, éste lo justifica por pólipo cervical. Desde entonces aumenta el sangrado. La médica de urgencias consulta con ginecología y con el diagnóstico de pólipo cervical es dada de alta, indicándole reposo, control TA y si aumenta el sangrado volver a urgencias.



- El 3 de diciembre de 2001, a las 3,43 horas, acude nuevamente a urgencias del mismo hospital por presentar metrorragia, no dolorosa, como una regla, con pequeños coágulos. Dice que desde hace tres días no nota movimientos fetales.

En analítica urgente presenta leucocitosis con 30.900 leucocitos y 77% de neutrófilos y positividad en orina de hemoglobina y leucoesterasa. Estaba siendo tratada con Augmentine por su médico por infección urinaria.

Es ingresada en planta de ginecología para observación, y tras un estudio ecográfico ese día se encuentra feto único en posición cefálica, con datos biométricos de alrededor de 16-17 semanas y con latido cardiaco positivo. Hay ausencia casi total de líquido amniótico. Se le diagnostica de oligoamnios severo, sin desprendimientos placentarios visibles. Se indica reposo absoluto.

- El 4 de diciembre de 2001, con diagnóstico de bolsa rota, se repite la ecografía obstétrica con hallazgos similares, latido fetal positivo a 145 l/m y líquido amniótico casi nulo. Sigue con metrorragia.

- El 5 de diciembre de 2001 la paciente presenta febrícula; se mantiene tratamiento con Amoxicilina 1 gr/6 h. y se pide analítica, proteína C reactiva, cultivo de exudado vaginal y urocultivo.

- El 6 de diciembre de 2001 sigue con metrorragia y presenta dolores por la noche.

- El 7 de diciembre se valora que se inicia el parto, con cuello abierto 3-4 cm y feto en posición podálica. Se baja a paritorio; hay expulsión espontánea del feto con retención de placenta. Pasa a quirófano, donde se realiza la extracción de la placenta con anestesia regional, encontrando placenta muy fragmentada y pasando legra grande. El feto y la placenta son enviados a anatomía-patológica.

El estudio de anatomía-patológica muestra tejido placentario y feto varón sin alteraciones relevantes.



- El 8 de diciembre de 2001 se anota buena evolución, sin hemorragia.

- El 9 de diciembre de 2001 se hace ecografía obstétrica, encontrando refuerzo endometrial sugestivo de restos abortivos. Se hace un legrado con anestesia general, evacuando restos abortivos. La evolución es buena; tratamiento con Amoxicilina oral y resultados del urocultivo negativos.

- El 11 de diciembre de 2001 es dada de alta. El cultivo de exudado vaginal con informe emitido el día 12 de diciembre es positivo para *Cándida galbrata*, considerada normalmente saprofita.

En sus conclusiones, la Dra. ffffff señala, entre otros aspectos, lo siguiente:

“- La rotura prematura de membranas a las 17 semanas de gestación, causa presumible del aborto, se trata antes de las 20 semanas con una conducta expectante según la literatura médica. Se aconseja ingreso hospitalario, reposo relativo, evitar exploraciones vaginales, dado el riesgo de infección ascendente, cultivo vaginal y tratamiento antibiótico si resulta positivo. Las posibilidades de continuación del embarazo son bajas, con supervivencia fetal de alrededor de un 25 %. Un 50% de los embarazos terminan en menos de cinco días.

»El diagnóstico de la rotura prematura de membranas se hace por la anamnesis de salida de líquido amniótico por genitales y comprobación por ecografía de importante disminución de volumen del mismo. En el caso de la reclamante nunca se recogió el dato de pérdida de líquido en la anamnesis.

»- El aborto, por cuya causa se reclama indemnización, no pudo ser prevenido con ninguna medida diferente a las que se tomaron. Los controles que siguió la reclamante, hechos por su ginecólogo, no mostraron datos anormales, según se refiere en la propia reclamación. La indicación de reposo, controles de constantes y antibiótico para la posible infección fueron hechos en las consultas del Servicio de Urgencias, y no hay datos de que hubiera precisado otros estudios ni de que hubieran podido tomarse otras medidas que cambiaran la evolución. Por tanto no valoro que haya existido una inadecuada asistencia”.



Cuarto.- Figura en el expediente el dictamen médico del ginecólogo bbbbb Casarrubios, de 28 de abril de 2003, con las siguientes conclusiones sobre el caso:

»1. Gestante de 16 semanas, con dolor abdominal. Es diagnosticada y tratada correctamente de infección urinaria.

»2. A los 8 días sufre metrorragia y continúa con dolor abdominal. Es diagnosticada de pólipo cervical y se le prescribe reposo.

»3. Posteriormente aumenta la hemorragia. Atendida en Urgencias del Hospital es diagnosticada de amenaza de aborto e ingresa para observación.

»4. El tratamiento de la amenaza de aborto consiste en reposo físico y mental. Este tratamiento puede hacerse en el domicilio de la paciente, siempre que la sintomatología, fundamentalmente la metrorragia, no sea alarmante.

»5. La amenaza de aborto evolucionó desfavorablemente a aborto inevitable, con expulsión de un feto de 210 g.

»6. Se produjo una retención de la placenta que precisó primero extracción digital y posterior legrado evacuador de escasos restos coriales.

»7. Los tratamientos, médicos y quirúrgicos, fueron los correctos en cada momento, no pudiendo considerarse que hubiera desatención de esta enferma”.

Quinto.- Otorgado el trámite de audiencia a la interesada, comparece el 17 de junio de 2003 y obtiene una copia del expediente, sin que conste que haya formulado alegaciones.

Posteriormente se incorporan al expediente, entre otros, los siguientes documentos:

- Auto de 26 de marzo de 2002 de la Audiencia Provincial de xxxxx, que desestima el recurso de Dña. xxxxx contra el Auto de 23 de enero



de 2002 del Juzgado de Instrucción nº 5 de xxxxx, que decretó sobreseimiento libre respecto a los hechos. El razonamiento jurídico segundo de aquel Auto dice así:

“Por lo que respecta al fondo del asunto, decir que el informe médico forense y la documentación acompañada por la propia denunciante evidencian como los especialistas de la sanidad pública y privada que la trataron del proceso abortivo espontáneo sufrido la atendieron en diversas ocasiones, la exploraron, la practicaron las pruebas diagnósticas complementarias indicadas y le prescribieron el tratamiento oportuno y único existente, reposo y control de complicaciones, por lo que no se observa negligencia punible alguna con resultado lesivo en dicho proceso, como bien razona el instructor.

»Carece por completo de relevancia penal el posible error en la identificación del sexo del feto, que lógicamente deberá seguir el destino que marca el Artículo 6 del Reglamento de Policía Sanitaria y Mortuoria, al tratarse de un resto humano proveniente de aborto, sin que pueda intentar criminalizar las diferencias de criterio entre madre y hospital respecto a la disposición de dicho feto (de 16 centímetros de longitud y 210 gramos de peso). Confirmamos por tanto la resolución impugnada con desestimación del recurso”.

- Informe de 24 de marzo de 2006, del director gerente de Atención Especializada, que, entre otros aspectos, afirma:

“Sobre si hay constancia de la solicitud de la reclamante para que se le entregase el feto para proceder a su enterramiento: No consta la solicitud por escrito, pero del contenido del escrito del Jefe de Servicio de Anatomía Patológica se deduce que hubo una solicitud por lo menos oral.

»Queda claro, además, que una vez comprobado que los restos no habían sido destruidos se la hizo ofrecimiento por dos veces para que si quería se hiciera cargo de los restos. La reclamante no se hizo cargo de los restos”.

- Nota interior, de 10 de julio de 2002, del jefe del Servicio de Anatomía Patológica, que en relación con la queja de la reclamante señala,



entre otras cuestiones, que sobre el 15 de enero de 2002 explicó a la misma que al feto se le practicó una biopsia, no una autopsia; que era comprensible que el ginecólogo hubiera dicho que era hembra y resultara ser un varón, “dado el escaso grado de diferenciación de los genitales externos en un embrión de tres meses”; añadiendo que los restos se habrían enviado ya para su incineración.

Continúa explicando que “al día siguiente a media mañana volvió a verme la Sra. xxxx y volvió a encontrarme en la misma actividad y en el mismo sitio que el día anterior. Había además en esa sala una tercera persona, la Técnico de Anatomía Patológica Dña. uuuuu, quien mientras realizaba la selección de muestras para incinerar me oyó repetir las mismas explicaciones que había dado el día anterior a la reclamante. Así, habiendo oído que la Sra. xxxx pedía los restos de la biopsia 6863 de ese año pudo encontrarlos entre una columna de botes lista para ser retirada. Le explicamos a Dña. xxxxx que no teníamos ninguna intención de ocultarle nada, sino que simplemente por el tiempo transcurrido había supuesto yo que habríamos evacuado los restos, y que no fue así porque en esa época y con las pasadas vacaciones el laboratorio había estado apurado y labores secundarias como esa se habían aplazado. Le pedí disculpas por el error. Manifestó desconfianza sobre si esos eran realmente los restos de su pasado aborto y le dijimos que a lo que se refería el informe era al contenido de ese recipiente, que no teníamos ya ningún interés en conservarlo y que si quería proceder a su enterramiento que enviara a la funeraria a recogerlos”.

Especifica, por último, que los restos aún son conservados. Se adjunta además el informe anatomopatológico de biopsia del feto, con fecha de diagnóstico de 31 de diciembre de 2001.

El 18 de mayo de 2006 se da traslado a la reclamante del informe del director gerente y de la nota interior citada, concediendo nuevo trámite de audiencia sin que consten alegaciones.

Sexto.- El día 22 de agosto de 2006 el Director General de Administración e Infraestructura firma la propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimando la reclamación.



Séptimo.- El 24 de agosto de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad emite un informe favorable sobre la propuesta de orden.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido, sustancialmente, con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3ª.- Concurren en la interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.



4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a 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, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.



f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte, en lo fundamental, el criterio de la propuesta de orden de 22 de agosto de 2006 del Director General de Administración e Infraestructuras, en el sentido de que debe desestimarse la reclamación de la interesada.

En primer lugar resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: "La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una `obligación de medios´, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica".

En ese mismo sentido se han pronunciado otras Sentencias del Tribunal Supremo tales como la de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999, 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002; así como la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

A la luz de este criterio se puede concluir que existe responsabilidad cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario.



Precisamente, actuar con corrección en la actuación médica es el parámetro para determinar si ha existido desatención, inasistencia o un diagnóstico erróneo, razones que podrían motivar la estimación de la reclamación.

En el caso que nos ocupa no hay prueba suficiente para considerar que hubo desatención o tratamiento erróneo. Los informes de la Inspección Médica y del Dr. bbbbb no permiten sustentar con seguridad que la paciente fuera atendida de forma incorrecta, o que en su tratamiento se hubiera vulnerado la *lex artis*, sin perjuicio del comentario que se hará posteriormente respecto a un posible error de diagnóstico.

Cabe añadir que no es obstáculo para llegar a las conclusiones anteriores la afirmación de la reclamante de que no se le practicaron las pruebas necesarias (ecografías), pues aparte de no estar ratificada por ningún documento técnico, tampoco las conclusiones de los informes antes citados señalan expresamente que haya existido fallo de diagnóstico ni confirman las manifestaciones de la interesada. Cabe resaltar que ninguno de los dos informes citados considera que en la visita a urgencias del 30 de noviembre de 2001 hubiera desatención o tratamiento inadecuado; es cierto que no se le realizó una ecografía a la interesada, pero figura en el informe de urgencias que el día anterior acudió "a ginecólogo privado que la explora y lo justifica por pólipo cervical". No obstante se realizó interconsulta a ginecología.

En todo caso los citados informes no aprecian motivo de censura en la actuación médica de urgencias el señalado día 30 de noviembre de 2001, ni especifican que hubiera sido necesario o simplemente prudente efectuar una ecografía. Al respecto, ha de valorarse que se trata de una atención en un servicio de urgencias. Por último, tampoco los repetidos informes señalan que el diagnóstico de pólipo cervical del ginecólogo privado efectuado el 29 de noviembre, y confirmado por el informe de urgencias, fuera erróneo o resultara equivocado a la vista del diagnóstico de oligoamnios del 3 de diciembre de 2001.

Respecto a la posibilidad de que hubiera existido error de diagnóstico y que éste fuera el causante del resultado final del aborto, cabe hacer algunas otras consideraciones, conducentes a negar la relación de causalidad por esta vía:



- Aunque el informe del Dr. bbbbb no concluye de modo rotundo que el diagnóstico de pólipo cervical fuera exacto, afirma que "(...) el diagnóstico de un pólipo cervical es algo fácil, ya que este diagnóstico se hace por la visión directa del pólipo en el cuello uterino, por lo que es más que probable que existiera dicho pólipo".

- Aunque en el último párrafo de la página 5 del mismo informe se afirma –en principio respecto a la situación de la reclamante el día 30 de noviembre– “en el caso de que la enferma presentara ya una amenaza de aborto, lo que también es probable, (...)”, es decir, pese a que en esta frase puede apoyarse la posibilidad de que –objetivamente– el 30 de noviembre no se diagnosticara una amenaza de aborto, lo cierto es que si así fuera ello no habría influido sustancialmente en el resultado final de aborto, pues el tratamiento que se le indicó a la interesada en urgencias dicho día fue reposo, que es el indicado fundamentalmente para la amenaza de aborto (pudiendo ser no hospitalario si no hay síntomas alarmantes).

En este sentido, a renglón seguido de la frase anterior, el informe dice: "(...) el tratamiento recomendado, como ya hemos visto en las indicaciones de tratamiento de la amenaza de aborto, es el indicado, fundamentalmente el reposo". El comentario que acabamos de efectuar no se ve distorsionado por la afirmación que el citado doctor efectúa en la página 4 de su informe, al señalar que “en la amenaza de aborto el tratamiento se basa en la restricción de la actividad física, reposo y abstinencia sexual”. Aunque el 30 de noviembre en urgencias no se especificara como tratamiento la “restricción de la actividad física” y la “abstinencia sexual”, parece claro que en las circunstancias de la paciente gestante –con un pólipo cervical diagnosticado y sangrando–, la indicación de reposo debía de tener un efecto similar al de las señaladas indicaciones.

- No hay datos suficientes, a la vista de los informes, para afirmar que el 30 de noviembre existiera ya la rotura prematura de membranas, y por tanto es muy difícil asegurar que objetivamente no se diagnosticó la misma tal día en el Servicio de Urgencias.

6ª.- En cuanto a la parte de la reclamación referente a la negativa a entregar el feto y al error en la identificación del sexo, tampoco hay, en lo



fundamental, base suficiente para llegar a una solución estimatoria, teniendo en cuenta que:

- Aunque la reclamante señala que requirió por escrito la entrega el 18 de diciembre de 2001, el informe de 24 de marzo de 2006 del director gerente señala que “no consta la solicitud por escrito”, no habiendo efectuado al respecto réplica alguna la reclamante.

- No hay seguridad, pues, de en qué términos reclamó la interesada la entrega, hasta su visita al Servicio de Anatomía Patológica.

- El informe de biopsia se efectuó con fecha de diagnóstico de 31 de diciembre de 2001.

- El error en la identificación del sexo del feto, a la vista de la nota interior del Servicio de Anatomía Patológica, es excusable, es decir, no parece exigible en tales condiciones el pleno acierto en dicha identificación.

En cualquier caso, tampoco hay datos suficientes de que ese error desvelado por la biopsia tuviera una entidad real para causar objetivamente daño moral a la reclamante, sobre todo con las detalladas explicaciones que recibió al respecto por el jefe del Servicio de Anatomía Patológica.

- No hay finalmente negativa probada a entregar los restos. Por otro lado, el error –reconocido– del Servicio de Anatomía Patológica, indicando que se habían enviado a incinerar, quedó subsanado al día siguiente, sin que los datos que se reflejan en el expediente permitan sacar conclusiones seguras respecto a que ese error, en los términos relatados, fuera objetivamente causa de daños morales con entidad suficiente para ser indemnizados.

Por todo lo expuesto, cabe concluir que no hay base probatoria suficiente para decidir favorablemente sobre la reclamación de la interesada.



III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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