



Roj: **STSJ ICAN 1593/2025 - ECLI:ES:Tsjican:2025:1593**

Id Cendoj: **35016330012025100196**

Órgano: **Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Contencioso**

Sede: **Palmas de Gran Canaria (Las)**

Sección: **1**

Fecha: **12/06/2025**

Nº de Recurso: **40/2025**

Nº de Resolución: **291/2025**

Procedimiento: **Recurso de apelación**

Ponente: **INMACULADA RODRIGUEZ FALCON**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **STSJ ICAN 1593/2025,**
SJCA 606/2024

Sección: IRF

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA. SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO. SECCIÓN PRIMERA

Plaza de San Agustín Nº 6

Las Palmas de Gran Canaria

Teléfono: 928 30 64 80

Fax.: 928 30 64 86

Email: s1contadm.lpa@justiciaencanarias.org

Procedimiento: Recurso de apelación

Nº Procedimiento: 0000040/2025

NIG: 3501645320220000183

Materia: Responsabilidad patrimonial

Resolución: Sentencia 000291/2025

Proc. origen: Procedimiento ordinario Nº proc. origen: 0000030/2022-00

Juzgado de lo Contencioso-Administrativo Nº 4 de Las Palmas de Gran Canaria

Demandante: Natividad ; Procurador: Fernando Marcos Rodriguez Ruano

Demandado: Servicio Canario de la Salud

Perito: Angelina

SENTENCIA

Ilmos./as Sres./as

Presidente

Dª. INMACULADA RODRÍGUEZ FALCÓN (Ponente)

Magistrados

D. JAIME BORRÁS MOYA

D. FRANCISCO JOSÉ GÓMEZ DE LORENZO CÁCERES

En Las Palmas de Gran Canaria, a 12 de junio de 2025.

Visto por esta Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección Primera con sede en Las Palmas, integrada por los Sres Magistrados, anotados al margen, el presente recurso de apelación número 40/2025, interpuesto como apelante la ADMINISTRACION AUTONOMICA representada y asistida por el SERV. JURÍDICO CAC LP

Ha intervenido como apelado doña Natividad , representado el/la Procurador/a de los Tribunales D./Dña. FERNANDO MARCOS RODRIGUEZ RUANO y dirigido por el/la Abogado/a D./Dña. OCTAVIO L HENRIQUEZ PORTILLO

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El Juzgado de lo Contencioso Administrativo número Cuatro de Las Palmas dictó sentencia de 27 de noviembre de 2024, con el siguiente fallo: " ESTIMO ÍNTEGRAMENTE el Recurso interpuesto por la representación en juiciode DÑA. Natividad frente al Acto Administrativo identificado en elAntecedente de Hecho Primero de la presente y, en consecuencia, ANULO el mismo yCONDENO al Servicio Canario de la Salud a satisfacer a la parte recurrente la suma de200.000 euros más los intereses legales devengados por tal cantidad desde el 28 dediciembre de 2020, y todo ello con imposición de costas a la Administración en los términosreferidos en el Fundamento de Derecho Quinto "

SEGUNDO.- Por la representación de la parte recurrente, antes mencionada, se interpuso recurso de apelación contra la referida sentencia. A lo que se opuso la representación de la otra parte.

TERCERO.- Seguido el recurso por todos sus trámites, se elevaron las actuaciones a esta Sala, formándose el correspondiente rollo, con señalamiento de votación y fallo para el día 22 de mayo del año en curso..

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Es objeto del presente recurso de apelación la sentencia de 27 de noviembre de 2024 dictada por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo número Cuatro de Las Palmas que estimo el recurso contencioso administrativo presentado por doña Natividad contra la desestimación presunta de la reclamación por responsabilidad patrimonial sanitaria presentada por la misma el día 28 de diciembre de 2020 contra el Servicio Canario de Salud. La sentencia apelada concedió una indemnización de 200.000 euros más los intereses legales devengados por tal cantidad desde el 28 de diciembre de 2020, fecha de la reclamación.

La sentencia apelada concede esta indemnización considerando que :

1.- La demandante dio a luz a un hijo varón, que nació muerto, el NUM000 de 2020 en el Hospital DIRECCION000 de Las Palmas.(resultado)

2.- Las causas que provocan el resultado y da lugar a la responsabilidad patrimonial son :

A.- El embarazo era de alto riesgo por edad, obesidad y diabetes de la gestante quien había tenido complicaciones en embarazos anteriores que dieron lugar a abortos .

B.- Error en la vigilancia y control a la llegada al hospital. Al acudir al hospital con contracciones, no fue atendida por un médico, ni monitorizada adecuadamente,fue enviada a planta sin vigilancia continua. La atención no fue la adecuada debió estar monitorizada y haber sido examinada por un facultativo, e incluso realizar un registro cardiotopográfico. Siendo insuficiente el triaje, el control, e inadecuada la remisión a planta sin seguimiento por facultativo. Entiende el juzgador que no era una "mujer sana", ni un embarazo normal.

C.- Vulneración de los derechos de la paciente. La paciente no fue informada adecuadamente ni antes, ni después del fallecimiento del feto, lo que vulneró su derecho a la información y al consentimiento informado.No se le informó de las alternativas al parto natural y no se le ofreció por escrito la alternativa de la cesárea para la extracción del feto ya cadaver. El parto del feto muerto duró seis horas. Existió una doble vulneración del deber de información y libre elección del tratamiento, en una ocasión con el nasciturus vivo, y en otra con el feto muerto.

En cuanto a la fundamentación de la sentencia apelada, la sentencia realiza un estudio exhaustivo de la doctrina de ésta Sala sobre la cuestión que se plantea, y sobre las sentencias dictadas por otros Juzgados de lo Contencioso administrativo de Las Palmas: Sentencia de 1 de junio de 2012 del Juzgado de lo Contencioso número Tres, Sentencia de ésta sección de 5 de abril de 2013(Apelación 259/2012), sentencia de 22 de febrero de 2023 del Juzgado de lo Contencioso número cinco en el PO 233/2021; y la Sentencia de 3 de noviembre

de 2023(recurso de apelación 76/2023). Todas las sentencias a su vez citan otras sentencias de Tribunales nacionales e internacionales.

Las conclusiones que obtiene el Magistrado de instancia son las siguientes, vamos a intentar sintetizarlas:

1.- Las pacientes de obstetricia se le deben de reconocer y garantizar los mismos derechos que al resto pacientes, entre los cuales se hallan el derecho a la información y a emitir un consentimiento informado

2.-La información a las pacientes tiene que ser completa y continuada, clara y comprensible.

3- La emisión por la paciente de un verdadero consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental.

4- El personal sanitario interviniente está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente

5-A a la paciente de obstetricia, en la medida que sea posible (salvo urgencia vital) se le debe igualmente garantizar la "Libre elección", o como dice la Ley de autonomía del paciente y en sus términos: " la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales"; que de esta forma la paciente tiene derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, y que igualmente también tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso.

7-La falta de consentimiento informado es un incumplimiento de la "lex artis", una manifestación de funcionamiento anormal del servicio público sanitario que da lugar a una indemnización. En estos supuestos el principio general de la carga de la prueba sufre una excepción en los casos en que se trata de hechos que prácticamente pueden ser probados por la Administración, que debe demostrar que el paciente ha sido informado de los riesgos reales de la operación y los resultados lesivos verdaderamente previsibles

8-que en el derecho internacional citado se ha identificado como una formas de manifestación de la violencia obstétrica aquella "sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud" y concretada en la "falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones".

SEGUNDO.- En cuanto al recurso de apelación:

1.- Inadecuada aplicación del artículo 33.2 de la LJCA, solo permite introducir cuestiones jurídicas y no hechos nuevos. Invoca las STS, Sala Tercera,Sección 3ª, 1231/2023, de 10 de octubre de 2023 (Rec. 3395/2021) seguida por otras como la STS, Sala Tercera, Sección 2ª, 1718/2023, de 18 de diciembre de 2023 (Rec. 4459/2022).

El Magistrado dictó una providencia en fecha 27 de marzo de 2024 planteado como tesis, la posible " infracción del derecho de información consagrado en el artículo 2 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre así como del derecho del paciente a optar libre y voluntariamente entre dos o más alternativas asistenciales ex artículo 3 de la Ley 41/2002, y sobre si durante el parto fue informada la recurrente de las circunstancias que acontecían y de la posibilidad de realizarle una cesárea como alternativa al parto natural, y ello a la luz de la reciente STSJ Canarias, Las Palmas, Sección 1, 412/2023, de 3 de noviembre de 2023".

Afirma la apelante que la falta de consentimiento informado o de información a la paciente, de optar por la cesárea como alternativa quirúrgica, tanto en vida del nasciturus como una vez falleció este, no se alegó por la recurrente ni en vía administrativa ni en el escrito de demanda, ni en fase probatoria, ni en fase de conclusiones.

La realidad es que no podemos estar de acuerdo con esta afirmación realizada por la administración apelante. La demanda presentaba ,en diversos apartados, se refería a la solicitud de la paciente de que se realizase una cesárea para extraer el feto muerto y no hacerle pasar por el proceso de un parto natural para dar a luz a un hijo muerto.

Pero del conjunto de las más de setenta páginas de la demanda se advierte que se reclama por diversos conceptos pero muy particularmente por no informar a la paciente de la posibilidad de terminar el embarazo debido a sus condiciones médicas antes de la semana 40, y también, a no haberse practicado cesárea de urgencia o cesárea para terminar el embarazo y extraer el feto.

En esta linea iba la demanda:

«Como DOCUMENTO 14 se adjunta el DOCUMENTO ELABORADO POR LA S.E.G.O. RELATIVO A LA DIABETES GESTACIONAL, donde se indica que para evitar riesgos y complicaciones "el momento óptimo para el parto es alrededor de las 39-40 semanas de embarazo". No teniendo justificación el hecho de no haberse efectuado la inducción antes de la semana 40, dada la Hª Obstétrica y características de la paciente.»

En uno de los resúmenes de concausa de la demanda se indica entre otras causas y que colocaremos en orden cronológico :

« Error de la tocóloga que dirigió su gestación en lo que constituye un fracaso en la planificación del parto. No se facilitó a la gestante un documento físico de plan de parto (o un carnet de embarazo con la consigna de que era un parto de alto riesgo). En su defecto, tampoco consta la existencia de una historia clínica informatizada o una historia clínica compartida que lo consigne. Existe en todos los protocolos de los servicios hospitalarios un documento de plan de parto que debe ser entregado a la gestante por la comadrona/tocóloga encargada de los controles prenatales y consensuado junto con ella en una siguiente visita para aclarar las dudas que pudiera tener para entregar en urgencias cuando se ponga de parto. Este documento existe en sus variantes de gestaciones de bajo y de alto riesgo.

Error por no proceder a la interrupción del embarazo mediante un parto inducido y permitir que la paciente, afectada de una diabetes gestacional, con abortos espontáneos de repetición, obesidad, edad de 40 años y cirugía uterina previa progresara su gestación más allá de la semana 40.»

Debemos convenir con la apelante en que la demanda se plantea el derecho a la información de la paciente, y las alternativas que tenía cuando el feto llegó a término, y en particular de informarle de las alternativas existentes y de la posibilidad de terminar el embarazo con un parto inducido, que sería el indicado según las periciales médicas aportadas. En concreto por la documental 16, de la Ex Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de DIRECCION001 de Madrid, en el que se afirma que :

1. Se trata de una gestante portadora de Diabetes Gestacional, Obesidad e Hº Obstétrica de Pérdidas Fetales recurrentes.

2. El control gestacional se realizó acorde a Protocolo, sin embargo llegada a la 40 semanas: No se propuso Inducción en esta fecha, recomendada por la SEGO, proponiéndose en la semana 42.

Afirma la apelante que está en indefensión porque no pudo demostrar que se informó verbalmente durante el embarazo y la evolución del plan de actuación a realizar explicando riesgos, complicaciones y alternativas. E insiste en que la cesárea no es una alternativa al parto vaginal de libre elección para la madre y que son los médicos asistentes quienes pueden observar si concurren o no los presupuestos para la realización de una cesárea.

Discrepamos de estas manifestaciones y nos remitimos al FJ 3º de la Sentencia de 3 de noviembre de 2023, (apelación 76/2023) y a la sentencia d 14 de julio de 2022(apelación 89/2022), referidas a un supuesto similar en cuanto se trataba de embarazos a término, en los que al igual que sucede en éste caso la función de la gestación había terminado, el feto era viable, y solo se esperaba el alumbramiento. Hemos señalado en las citadas sentencias:

1.- El embarazo y parto no se sustrae de la aplicación de los principios y previsiones contenidas en la Ley 41/2002, 14 de noviembre, pero lo cierto es que adquiere unas características especiales que lo configuran como un acto médico con singular naturaleza.

2.- Las futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento pero no lo es menos que el mismo está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo en los mejores y mayores porcentajes posibles. En un parto humanizado, en el que se respeten los derechos y la dignidad de la mujer debe proporcionarsele intervención a la misma, cuando menos informándole de los riesgos para ella y para su hijo, en el caso de que se decida que el feto continúe ocupando su útero, y permitiéndole consentir respecto a la posibilidad de continuar o terminar el embarazo, si no existían riesgos para el feto.

3.-De la interpretación de los diversos preceptos de la citada Ley 41/2002, en particular de los artículos 2.4 y 10.2 concluimos que en los casos dudosos sea aún más necesaria el consentimiento por escrito del paciente. Consideramos que las gestantes en las semanas 40 a 42 tienen diferentes alternativas esperar al parto natural o inducirlo, pero de esta decisión debe informarse a la paciente, con las características de un consentimiento informado, explicándole claramente los riesgos a los que se expone en un caso u otro.

La sentencia apelada transcribe la doctrina de ésta Sala a la que nos remitimos, la apelante afirma que se le explicó verbalmente de palabra por parte del personal sanitario todo el proceso, y que pudo proponer la testifical de todos los sanitarios para corroborar que se le explicaron todos los riesgos, complicaciones y alternativas.

Pero el problema sigue siendo el mismo, que el de los casos anteriores, la administración tiene una posición clara, y ésta Sala tiene otra. A lo mejor no hemos sabido trasladar nuestra posición y doctrina, pero vamos a intentarlo una vez más : nuestra doctrina interpreta los derechos humanos y los derechos de la mujer respecto

a su parto. Los casos analizados y el presente se encuentran en un punto fáctico común, y es que la función de la gestión respecto al gestado se ha cumplido. El embarazo tiene una duración concreta y la doctrina científica es unánime al considerar que en la semana 39 el feto es viable; la continuación del embarazo hasta la semana 42 tiene unos beneficios y unos riesgos, la decisión entendemos que no es solo médica porque no existe riesgos para la salud del infante, y la madre cuya salud sí que está en cuestión, tiene que ser escuchada y tiene capacidad para decidir entre el abanico de alternativas que se abren cuando el embarazo ha terminado y la salud del feto no está comprometida, entre las alternativas existentes.

Entonces en el caso lo único que consta en la hoja de la clínica de la recurrente es que acudió a la matrona quien decidió que en la semana 42 induciría el parto. Si la gestante hubiese conocido todos los riesgos que la decisión médica sobre actitud expectante, quizás hubiese podido pedir otra alternativa sea cesárea o parto inducido. Las sentencias invocadas por la recurrente inciden en que el Estado tiene amplias posibilidades para sujetar la voluntad de la madre a determinadas exigencias médicas en atención a la protección del nasciturus; pero no dicen que puedan decidir por la madre en caso de que no esté afectada la citada protección del feto, quien ya está formado, y en el caso que estudiamos muerto.

La letrada de la administración sostiene que la paciente conocía la posibilidad de la realización de cesárea como alternativa al parto natural-vaginal pero que esta intervención electiva por la mujer no la cubre (financia) la sanidad pública. El planteamiento induce a pensar que, al final, la cuestión se reduce a que las alternativas para la terminación al parto en un embarazo a término no se ofertan en la sanidad pública, por razones económicas y no médicas. Lo que estimamos que no es posible si quiera considerar, la perito informante nos ilustra de que a partir de la semana 40 el protocolo de la SEGO recomienda la inducción al parto en una gestante de 40 años, obesa, con diabetes gestacional y con pérdidas fetales recurrentes.

Luego, lo que convendría es explicar por qué no se le ofertó, y explicar las razones médicas que justificaron que una paciente con estos antecedentes continuara el embarazo. No es suficiente con la diferenciación de "embarazo con riesgo" y "parto con riesgo", este embarazo tenía unos riesgos y la adopción de las prevenciones adecuadas hubiese permitido eludir la responsabilidad de la administración lo que no es el caso.

En el protocolo SEGO aportado por la administración se diferencian las prevenciones entre bajo y riesgo y riesgo:

«En las gestaciones de bajo riesgo no hay evidencia que justifique la necesidad de estudios de bienestar fetal anteparto. No obstante, se podría establecer un control materno de los movimientos fetales y a partir de la semana 40, monitorización cardiotocográfica no estresante.

En las gestaciones de riesgo, dadas la gran cantidad y complejidad de causas que pueden hacer considerar un embarazo de riesgo, no es posible en la actualidad proponer un esquema común.

. Si el proceso no afecta de forma crónica al desarrollo y/o función placentaria, los protocolos que incluyen estudios cardiotocográficos con o sin contracciones y el perfil biofísico siguen manteniendo su vigencia.

. Por el contrario, si la patología materna o fetal puede afectar de forma crónica al desarrollo y/o función placentaria, los estudios mediante Doppler de la hemodinámica útero-placentaria y fetal han demostrado su utilidad, pudiendo formar parte junto con el resto de procedimientos, del estudio de bienestar fetal en dicha población. »

El riesgo de la paciente existía no solo por la diabetes gestacional, sino por su obesidad y, además, por su edad, 40 años.

No se trata de cesárea sí o no, el derecho de la autonomía al paciente; sino que éste caso es claro que no se le han proporcionado los medios adecuados, ni la asistencia sanitaria de que dispone el Servicio Canario de Salud.

Para empezar el triaje inicial realizado por un matron residente, debió acabar en la intervención de un tocólogo que valorase la situación y no en la derivación a planta sin registro tocográfico ni amnioscopia.

Según el protocolo del hospital (PTLO/URG-TG/003SERVICIO DE URGENCIAS TOCGINECOLÓGICASCOMPLEJO HOSPITALARIO DIRECCION000 ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA EN TRIAJE Y BAJO RIESGO OBSTÉTRICO)

El matron inicial lo que hace es lo siguiente:

Anamnesis: Motivo de la consulta y revisión de la historia del embarazo. Antecedentes ginecobstétricos, paridad y fecha de última regla (FUR). Toma de signos vitales. Auscultación de frecuencia cardíaca fetal (FCF) a partir de las 26 semanas de edad gestacional. Asignar prioridad según escala de triaje.

.Derivación al profesional correspondiente:

Tocoginecólogo.

Las pacientes a las que se le asigne el nivel de "no urgente" deben ser valoradas por el médico interno residente (MIR) de tercer o cuarto año o un adjunto, para determinar si procede o no la consulta. Si no procede la paciente se irá de alta sin ser valorada. Si pese a ser etiquetada como "no urgente" se decide que debe ser valorada, la paciente esperará hasta un tiempo máximo del establecido para su nivel de urgencia.

Es decir que o pasan al tocoginecólogo, o al Mir pero en el caso pasó a planta directamente, lo que ya de por sí indica un error. Por mucho que se pretenda, "a posteriori" que el matron le iba a derivar a su casa, pero que al final acabó en la planta séptima del hospital. Lo que no tiene ningún sentido es que la embarazada llegue con un feto vivo a un hospital y que a las cuatro horas le digan que su hijo ha muerto.

TERCERO.- En este asunto queremos señalar las siguientes cuestiones que advertimos de estudio conjunto del asunto:

1.- Los errores del informe de anatomía patológica y sus rectificaciones merecen ser tratados individualmente. En otras ocasiones se ha aportado desde el inicio, las fotos y análisis de la placenta y del cordón umbilical con nudo; en éste se han aportado las fotografías del feto muerto claramente asfixiado por el meconio, y con marcas en el cuello del cordón umbilical.

Es absolutamente inadmisibles que el informe anatomía patología presente tres versiones tan dispares respecto al cordón umbilical, en la primera el cordón era normal con presencia de tres vasos y, por último, el cordón tenía un "nudo verdadero situado a 13-14 cm" del extremo pinzado. En los informes aportados se informa que un nudo verdadero con muerte fetal tiene signos visibles de la gelatina de Wharton que no escapan a un patólogo.

En realidad consideramos que cuando se hace la autopsia de un recién nacido que ha fallecido por una aspiración de meconio, y según los informes de la administración por los nudos del cordón umbilical, no reflejar esta causa en el primer informe, resta verosimilitud a las rectificaciones posteriores por dos razones:

1.- No hace falta ser científico para detectar o visualizar el nudo en un cordón umbilical.

2.- Nos resulta poco verosímil que la placenta y el cordón no tuvieran ninguna anomalía pese al nudo que se dice tenía el cordón umbilical. (La cuestión relativa a las patologías del cordón umbilical la estudiamos en la STJ de Canarias de 6 de mayo de 2022 (56/2022) y lo que sabemos es que el cordón normal tiene tres vasos (dos venas y una arteria) y hay un nudo verdadero no solo el bebé sino la placenta tendría que tener alguna anomalía en el flujo.

3.- Es notorio que muchos recién nacidos muestran la vuelta de cordón umbilical sin consecuencias en el momento del parto.

CUARTO.- Error en la valoración de la prueba

El principal error que advierte la apelante es que un embarazo a riesgos no es un parto de riesgos y por tanto, aunque la embarazada tuviera factores de riesgos durante la gestación, estos factores llegados la gestación a término, tenía que ser tratado como un parto normal.

Lo cierto es que entendemos el planteamiento de la recurrente que sintetiza en la página 29/39 de su recurso de apelación: (aunque no lo reconoce el Jugador de instancia reprocha a la administración que la gestante no fue vista por un FEA de ginecología u obstetricia). Es cierto y en esto convenimos con la apelante que es un reproche que subyace en la sentencia; pero no compartimos con la apelante que no existiese defecto asistencial. La razón fundamental es que su propio protocolo de urgencias aportado por la misma administración demandada dice que el objetivo del protocolo: Identificar de forma clara a las matronas del Servicio de Urgencias Tocoginecológicas las funciones a realizar en la zona de Triage y gestantes de bajo riesgo del Servicio. (punto 2)

El protocolo no tiene por objetivo identificar los partos de bajo riesgo, sino las gestantes de bajo riesgo. La recurrente nunca tuvo esa condición porque tenía varias circunstancias ya expuestas que conllevan que fuera de riesgo y, como tal, tenía derecho a unos determinados servicios y atenciones que no obtuvo. El alcance y la misión era:

.Derivando a la paciente al ginecólogo del Servicio de Urgencias Tocoginecológicas.

.O derivando a las gestantes sin factores de riesgo (de 37 a 41 semanas +6 días) a la matrona de bajo riesgo obstétrico, y ésta puede a su vez cursar el alta a domicilio o el ingreso a hospitalización

Dejemos de lado la semana de gestación en la que se encontraba, pero no podemos obviar sus cuarenta años, la obesidad y la diabetes que no iban a favorecer el trabajo de parto.

Por lo que sí consideramos que falló el triaje inicial, y aunque se afirme y reitere que la recurrente estaba en los pródromos de parto, también nos genera dudas porque después del triaje quedó ingresada lo que únicamente sucede si el parto era latente o tenía dificultades o lejanía para el traslado. La recurrente según su hoja clínica vive en la misma localidad en que se encuentra el hospital, por lo que se actuó con la embarazo como si el parto fuera latente, puesto que, se le ingreso en el hospital y quedó bajo la vigilancia de la administración.

La apelante considera que todos los factores de la gestante ni individual, ni conjuntamente son determinantes para una actuación distinta.

El protocolo de la SEGO anteriormente transcrito señala que no hay un esquema común para las gestaciones de riesgo, dadas la gran cantidad y complejidad de causas que pueden hacer considerar un embarazo de riesgo, pero que los protocolos que incluyen estudios cardiotocográficos con o sin contracciones y el perfil biofísico siguen manteniendo su vigencia.

El protocolo aportado se refiere, en todo caso, al triaje y, a diferenciar bajo riesgo de embarazo, y la recurrente por todas sus condiciones era una paciente con factores de riesgo, y por tanto, ni ella ni su feto debieron estar sin supervisión esas cuatro fatídicas horas. Los matrones no pueden predecir porque ni siquiera es su función si el parto va a ser de riesgo o no; sino que determinan si la gestante es de riesgo o no.

No se ha incurrido en la prohibición del regreso, por el contrario, en el momento en que la gestante ingresa era una embarazada de riesgo, cuestión sobre la que no existen discusiones, sin que en el momento en que ingresa bajo la supervisión del hospital perdiese esa condición. En cuanto a las actuaciones dejadas de realizar se advierte que :

*Si estaba en los pródromos del parto - no se realizó la amnioscopia-. Se hubiese podido determinar si el líquido amniótico tenía meconio y evaluar el estado del feto.

*Durante cuatro horas en el hospital no se haya comprobado la situación del feto, y que sea el padre el que tenga avisar la matrona, la matrona a la tocóloga, etc. En fin, que la atención médica era similar a la que hubiese recibido en su casa. Finalmente, según la autopsia, el meconio llegó a pulmones y estómago.

QUINTO.- La apelante en cuanto a la valoración de la prueba insiste en que la causa inmediata de la muerte fue el meconio pero la causa mediata el estrangulamiento que se produjo por la circular de cordón laxa y por el nudo verdadero del cordón.

La cuestión es que aunque admitamos que estas fueran las causas de la muerte, el problema que subyace es el mismo, todo esto sucedió en un hospital al que acudio la embarazada con un feto vivo, y a la que se le causó violencia obstétrica por no dispensarle asistencia médica de calidad, conforme a la condición de gestante de riesgo de la madre. No se le dispensaron los medios habituales, ni para bajo riesgo(amnioscopia), ni para riesgo(revisión por facultativo que consideramos probable que le hubiese monitorizado). Pero es que además, después, de saber el fallecimiento del feto, se le impone pese a la petición del padre de una cesárea, tener un parto natural con un feto muerto(6 horas más en el paritorio),

La sentencia de la CIDH de 16 de noviembre de 2022, resume muy bien una situación análoga de violación de derechos humanos, si bien en aquél caso falleció la madre, caso " Milagrosa " el diagnóstico, la decisión de someter a la señora Milagrosa a trabajo de parto, la falta de información completa sobre las posibles alternativas de tratamiento y sus implicaciones, y la espera de dos horas en una silla mientras se llevaba a cabo el procedimiento, sometieron a la víctima a una situación de estrés, ansiedad y angustia, que sumada a la especial vulnerabilidad en que se encontraba, implicaron un trato deshumanizado y la denegación de información completa sobre su estado de salud y alternativas de tratamiento, lo que constituye violencia obstétrica."

Si bien admitimos las distancias jurídicas, los derechos humanos y los convenios internacionales, son similares, y, situándonos en nuestro caso, no nos podemos representar cuáles serían las razones médicas para obligar a la gestante a pasar seis horas de parto en la situación que se encontraba , y , a quién se le preguntó sobre ello. La vulnerabilidad de la recurrente es notoria, puesto que, recibió la noticia del fallecimiento de su hijo en el hospital, para acto seguido y sin que conste para nada su consentimiento, se le niega una cesárea solicitada por su marido, y sin valorar alternativas de tratamiento, se le lleva al paritorio para pasar por los trabajos del parto. Estimamos que a la recurrente se le ha negado información completa sobre estado de salud y alternativas de tratamiento.

Como hemos señalado en otras ocasiones Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, establece en su art. 12 que "1. Los Estados partes adoptarán todas las medidas

apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia" y que "2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1, los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia".

La recomendación núm. 24, de la CEDAW pone de manifiesto que "las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles", señalando, además, que son aceptables los servicios de atención médica de calidad que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Asimismo, que "en sus informes, los Estados partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto" y que los Estados deberán "exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa".

SEXTO.- La sentencia apelada realiza una valoración correcta de la prueba practicada y llega a la conclusión racional y que explica correctamente, lo que carece de racionalidad es pretender que "embarazada de riesgo" se convierta en "mujer sana" una vez que termina la gestación. Para después decidir si el parto sería o no de riesgo. Eso sí que es irracional.

La Sentencia llega a la conclusión en la página 38/42 de que existieron defectos en la atención de la paciente:

1.-Triage- Vigilancia y control de nasciturus y embarazada

2.- Autonomía del paciente y deber de información en dos ocasiones con el nasciturus vivo y con el feto fallecido.

Por último insistir, una vez mas, que la embarazada siempre fue de riesgo, por su edad, obesidad grado II y diabetes gestacional, como mínimo, y pese a ello, se continuó con el embarazo hasta la semana 42, no se le dio la asistencia médica de una embarazada de riesgo al llegar al hospital, y por último, se le obligó a un parto vaginal cuando ya se sabía que el feto estaba muerto (sin solución de continuidad tras conocer el fallecimiento). Estimamos que la atención médica fue deshumanizada y no se proporcionaron todos los medios al alcance de la administración para evitar el resultado.

SEPTIMO.- La cuantía indemnizatoria es cuestionado porque la recurrente tuvo un hijo después del fallecido, y porque no puede indemnizarse la muerte del feto como la muerte de una persona viva, y se contempla en realidad como una lesión sufrida por la madre.

Como señala la apelante es difícil cuantificar el daño. Pero, la indemnización fijada no trata únicamente de reparar el fallecimiento del menor Jesús Carlos en el útero de su madre; sino también la vulneración de los derechos de información, consentimiento informado y autonómica de la paciente de obstetricia, que el magistrado de instancia explica a través de diversas sentencias que expone, como se han vulnerado los derechos humanos de esta paciente de obstetricia, por ser mujer(paginas 31/32) de la sentencia.

En este caso, no podemos considerar la reducción de la indemnización, puesto que, pese al exhaustivo estudio jurisprudencial y legislativo realizado por la apelante, no existe una condena por pérdida de oportunidad, sino por infracción de la lex artis:

-antes del parto-defectos en la información y autonomía de la paciente(imposición de parto inducido a embarazada de riesgo en la semana 42, no consta la explicación ni ofrecimiento de alternativas)

-cuando se inicia el parto la embarazada pierde su condición de embarazada de riesgo y se le manda a la habitación de un hospital después de un triaje en el que se determina que pasa a ser de bajo riesgo. Cuatro horas en la habitación de un hospital sin asistencia médica.

- Cuando conoce el fallecimiento de su hijo, se le lleva a un paritorio seis horas para dar a luz vía parto natural, sin más explicaciones y, en contra, de la solicitud del padre.

El precio de la indemnización de todo lo expuesto es difícil de cuantificar, pero consideramos que la indemnización impuesta es correcta.

OCTAVO.- En cuanto a las costas procesales de segunda instancia se limitan a la cantidad máxima de mil euros, condenando al litigante vencido.



FALLO

Desestimar el recurso de apelación 40/2025 interpuesto por Natividad , representado el/la Procurador/a de los Tribunales D./Dña. FERNANDO MARCOS RODRIGUEZ RUANO contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Contencioso número Cuatro en el Po 30/2022, que confirmamos .

Con imposición de costas procesales.

Frente a esta sentencia, que no es firme, se podrá interponer recurso de casación en los términos descritos en el art. 86 y ss de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en su nueva modificación operada por la L.O. 7/2015, de 21 de julio por la que se modifica la L.O. 6/1985, de 1 de julio, por las personas y entidades a que se refiere el art. 89.1 de la Ley 29/1998 , con observancia de los requisitos y dentro del plazo que en él se señala. Para admitir a trámite el recurso, al interponer deberá constituirse en la cuenta de depósito y consignaciones de este Tribunal el depósito al que se refiere la disposición adicional decimoquinta de la Ley Orgánica 1/2009 de 3 de noviembre (BOE num. 266-de 4/11/09).

Así lo pronunciamos, mandamos y firmamos.