



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y
Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 18 de marzo de 2004, ha examinado el *expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por Dña. xxxxx xxxxx 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 18 de febrero de 2004 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial por la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx xxxxx xxxxx como consecuencia de los daños y perjuicios producidos por la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 20 de febrero de 2004, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 129/2004, 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. Quijano González.

Primero.- Con fecha 31 de mayo de 2002, se presentó ante la Dirección Provincial del Insalud de xxxxxx una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por Dña. xxxxx xxxxx xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a la interesada.



Segundo.- Dña. xxxxx xxxxx xxxxx, interna en el Centro Penitenciario zzzzzzzzzzzzz, embarazada con fecha de la última regla de 1 de septiembre de 2000 y fecha probable del parto de 11 de junio de 2001, estaba siendo controlada de su embarazo en el Servicio de Ginecología del Hospital hhhhhhh de xxxxxxx.

El 3 de mayo de 2001 ingresó en ese centro para un estudio metabólico por detectarse test O´Sullivan positivo. Fue dada de alta el 4 de mayo de 2001 por el Dr. mmmmmm con prescripción de vida normal, pautando un ingreso para registro el 21 de mayo de 2001.

El 17 de mayo de 2001 fue remitida por los médicos del Centro Penitenciario al Servicio de Urgencias del Hospital rrrrrr de xxxxx por presentar mareos, sensación de inestabilidad, náuseas y TA de 150/100.

La Dra. nnnnnn, del Servicio de Ginecología, le diagnosticó en Urgencias hipertensión en gestación de grado leve, con útero de término (37 semanas) y cuello permeable, indicándole reposo y cita para un registro el 22 de mayo de 2001.

El 22 de mayo de 2001 en el Hospital rrrrrrr se abrió su historia clínica. Constan en los antecedentes dos partos en xxxxx en 1987 y 1992, eutócicos, con pesos fetales de 4.000 y 4.500 g, y un aborto en 1991.

Se hizo registro fetal; la TA era de 130/90. La ECO que se le practicó dio como resultado: "acorde con la edad gestacional, encontrando oligoamnios leve".

Se indicó una revisión para el día 25 de mayo de 2001, resultando en esa consulta el registro fetal reactivo con ausencia de dinámica.

De la ecografía practicada se desprendía que había feto con movimientos positivos, en cefálica y oligoamnios severo, por lo que se indicó ingreso hospitalario.

Fue dada de alta el 26 de mayo de 2001 con diagnóstico de gestación a término, HTA, siendo remitida por el Dr. sssssss al Centro Penitenciario, y revisada, de nuevo, el 28 de mayo, 31 de mayo y 4 de junio de 2001.



El 6 de junio de 2001 fue derivada al Servicio de Urgencias del Hospital rrrrrrrr por hipertensión de 150/90, vista por el Dr. qqqqqqq y remitida de nuevo al Centro Penitenciario por presentar TA normal.

A las 12,10 horas, el médico del Centro Penitenciario vuelve a enviarla a Urgencias indicando que presenta contracciones rítmicas y frecuentes, y solicitando su ingreso por ser un parto de alto riesgo. Fue ingresada a las 18,00 horas, con exploración de cuello blando, permeable, muy amplio, cefálica SES, bolsa íntegra, TA 130/90 y contracciones cada 10 minutos. A las 20,00 horas fue bajada al paritorio colocándole monitorización exterior. Se la volvió a subir a la planta de Tología, bajándola de nuevo al paritorio a las 7,30 horas del día 7 de junio de 2001 al presentar otra vez contracciones.

A las 8,15 horas rompió la bolsa con líquido claro y abundante, presentando cuello blando con reborde, SES.

A las 8,30 horas presentaba dilatación completa comenzando el periodo expulsivo. Fue atendida por el Dr. qqqqqqq, realizándole maniobra de Kristeller y episiotomía.

A las 9,00 horas terminó la expulsión fetal con el nacimiento del feto vivo, con Apgar 9/10 y peso de 4.600 g. La TA era 150/95.

En las anotaciones realizadas a raíz del parto consta que no hubo colaboración de la madre durante el periodo expulsivo, sin reflejarse otro tipo de incidencias.

El recién nacido fue valorado por el pediatra, que diagnosticó parálisis braquial derecha. Lo remitió para su valoración al Servicio de Rehabilitación, donde fue visto el día 8 de junio, concluyendo que la Rx de clavícula fue normal, así como el puerperio, por lo que la madre y el recién nacido fueron dados de alta ese mismo día, con la indicación de poner en cabestrillo el brazo del niño y convocándoles para una revisión el 27 de junio de 2001.

El 27 de junio de 2001 el niño, cccc cccc cccc, fue revisado en la consulta de rehabilitación donde valoraron parálisis braquial obstétrica C5-C6 y parcial C7, indicando "actitud en hiperextensión de MCF 2º y 3º dedos de flaccidez de mano". Le citaron para una nueva revisión el 18 de julio de 2001, a la cual no acudió.



El 4 de septiembre de 2001 el niño fue atendido en el Servicio de Neurología del Hospital dddddd de xxxxx, fecha en la que la madre estaba interna en un Centro Penitenciario de dicha ciudad. En la consulta valoraron parálisis braquial derecha alta y media, hipertensión al esfuerzo, hiperreflexia en extremidades inferiores con tendencia al equino y leve clonus al esfuerzo, encontrando en la exploración parálisis de extremidad superior derecha.

El 26 de noviembre de 2001 lo revisaron en la consulta de Neurología, donde le indicaron continuar con el tratamiento de rehabilitación y lo derivaron al Servicio de Cirugía Plástica.

Tercero.- Mediante un escrito presentado ante la Dirección Provincial del Insalud de xxxxxx, la madre e interesada, Dña. xxxxx xxxxx xxxxx, formuló una reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia de la "parálisis braquial derecha con afectación de raíces altas" que sufre su hijo desde el momento de su nacimiento "a causa de la dificultad en sacar al niño, y la fuerza empleada por la comadrona y el médico". Además, considera determinante que se suspendiera la cesárea, hasta entonces indicada, y dejar que el parto se produjese espontáneamente, ya que el embarazo se calificó siempre de alto riesgo.

Cuarto.- Al expediente se han incorporado las historias clínicas de Dña. xxxxx xxxxx xxxxx y del niño ccccc ccccc ccccc, existentes en el Hospital rrrrrr de xxxxx, así como los informes de unidades médicas y profesionales que a continuación se detallan:

- 1º.- Informe del Dr. qqqqqq, del Servicio de Obstetricia y Ginecología, de 21 de junio de 2002, del que cabe destacar lo siguiente:

"Efectivamente, la paciente estaba considerada como embarazo de alto riesgo debido a su hipertensión arterial de la que estaba siendo tratada farmacológicamente con Aldomet además del tratamiento dietético.

» El hecho de presentar una gestante un embarazo de alto riesgo, no implica en ningún caso el que deba realizar una cesárea, intervención quirúrgica que en este caso no estaba contemplada en los diferentes ingresos realizados tal y como puede comprobarse en la historia clínica. La paciente es multípara de recién nacidos con pesos similares al último hijo y en ningún caso precisó de tal intervención.



» Por lo tanto, es absolutamente incierto, como puede comprobarse en la historia clínica, que el caso fuese considerado como de cesárea programada.

» En todos los registros realizados en días previos al parto no se objetivaron anomalías en el bienestar fetal como se comprobaron por las correspondientes pruebas de Posse. El día 6-6-2001, como consecuencia de su traslado a Urgencias, se realizó un nuevo registro de control por la mañana en el que se sigue comprobando la buena reactividad fetal con exploración física normal y ausencia de dinámica de parto, motivo por el cual se consideró que no precisaba el ingreso y se programó como en todos estos casos un nuevo registro para dos días después, el 8-6-2001 (fecha en la que estaba fijada una consulta acordada previamente y en la última revisión), siempre que no existiera ninguna incidencia.

» Dado que la paciente era una reclusa que se encontraba interna en el Centro Penitenciario de zzzzzzzz y considerando la Médico de dicho Centro que la paciente estaría mejor vigilada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital rrrrrrr por lo que es derivada de nuevo al Centro e ingresada en planta de Maternidad, lo que se produce el citado día 6, a las 11,56 horas, según consta en el informe de Urgencias.

» El parto fue atendido a las 8,30 horas del día 7 de junio de 2001 procedente de planta de maternidad. Como consta en la historia clínica a las 7,40 horas en la exploración física se aprecia cuello blando con 7-8 cms de dilatación y bolsa íntegra así como presentación cefálica sobre estrecho superior. A las 8,15 horas se produce la rotura espontánea de la bolsa con líquido claro, abundante. A las 8,30 se encuentra en dilatación completa y pasa a paritorio. Comienza entonces el periodo expulsivo con constantes normales. Durante este periodo se realizó la rutinaria maniobra Kristeller que se realiza en aquellos casos en que las madres no empujan de forma eficiente durante el periodo de contracción. A las 9 horas termina la expulsión fetal de forma espontánea. No precisó en ningún momento ningún tipo de actuación instrumental ni se realizó tracción alguna, dado que no era necesario por la facilidad en el nacimiento realizándose únicamente las maniobras habituales de la extracción fetal. No precisó reanimación neonatal y el test de Apgar reflejado fue de 9/10/10.



» La parálisis braquial es una entidad que se produce de forma universal con una incidencia que oscila entre el 0,5 y el 3 por mil de los partos.

» En la mayoría de los casos, la parálisis braquial se encuentra asociada a la existencia de partos distócicos como son: realización de partos instrumentales (utilización de forceps, ventosa y espátulas), distocias de hombros, tracciones vigorosas de cabeza y miembros superiores, bajas puntuaciones en el test de Apgar, fracturas claviculares y humerales, tortícolis y parálisis diafragmática, gemelaridad, peso elevado para la edad gestacional, presentación de nalgas, diabetes materna, periodo expulsivo superior a 60 minutos, hijos previos con parálisis braquial, neoplasias, compresión intrauterina, osteomielitis humeral, hemangioma y exóstesis de la primera costilla e infecciones víricas.

» Existe documentación abundante sobre la existencia de parálisis braquial en niños nacidos de partos eutócicos (vaginales normales) y por cesáreas que no presentaban distocias de hombro, ni tracciones vigorosas y vienen a suponer en torno al 1% de dichas parálisis. No se conoce el mecanismo etiopatogénico de esta variante y por ello, es imposible predecirlo con anterioridad en las exploraciones físicas y ecográficas.

» En conclusión a la paciente Dña. xxxxx xxxxx xxxxx, desde el inicio de su tratamiento en el Centro Hospitalario, se calificó su embarazo de alto riesgo, pautándose en todo momento el tratamiento aconsejable en estos casos y estableciéndose y practicándose las revisiones exigibles desde el punto de vista médico. El parto se desarrolló con toda normalidad. En definitiva, el tratamiento médico y la asistenta sanitaria establecida y recibida por la paciente fue la adecuada, correcta y aconsejable en estos casos. Por lo tanto, el servicio médico prestado no es el causante de la patología de parálisis braquial que padece el menor, es decir, ésta no tiene ninguna relación de causalidad con lo anterior”.

- 2º.- Informe de la Inspección Médica, de 24 de septiembre de 2002, del que cabe destacar:

“(…) Al nacimiento se encontró parálisis braquial derecha en el neonato con lesión a nivel C5-C6 y parcial a nivel C7, sin lesión a nivel de clavícula.



» La parálisis braquial obstétrica se ha asociado clásicamente a distocia de hombros, con tracción inadecuada por parte de los asistentes al parto, así como a partos instrumentados con forceps o ventosa. Sin embargo, hay muchos datos actualmente de que puede aparecer en niños nacidos de partos normales, por mecanismos no relacionados con las actuaciones del personal que atiende al parto. No se conocen los mecanismos causales y por tanto no es previsible con anticipación al parto (...).

» No existen en la historia datos de que existieran alteraciones maternas o fetales que hicieran pensar en la necesidad de finalizar el embarazo mediante cesárea, ya que las patologías causantes del alto riesgo en el embarazo (hipertensión moderada y oligoamniosis) no tienen relación con dificultades en el parto.

» En las publicaciones actuales se indica que la parálisis braquial no puede ser explicada en gran número de casos por la existencia de distocias ni de maniobras obstétricas como tracciones de cabeza fetal, discutiéndose la etiología de la misma, que sería independiente de la actuación del personal que asiste el parto, como parece suceder en este caso”.

- 3º.- Informe del Dr. bbbbbb, a solicitud de la Compañía aaaaaaaa, de 24 de enero de 2003. En él se expone lo que a continuación se relata:

“El contratiempo más importante que ha tenido esta gestante, la hipertensión arterial, ha sido tratado correctamente, lo que ha hecho que se haya controlado la tensión sin que aparecieran complicaciones mayores.

» Aunque en una ecografía se diagnosticase oligoamnios severo, en el momento del parto, cuando se produce la rotura de membranas, no se corrobora el diagnóstico, ya que se dice que el líquido amniótico es claro y abundante.

» A pesar de que el embarazo se catalogase de alto riesgo, debido a la hipertensión arterial, no existe, a nuestro juicio, en ningún momento, indicación de cesárea. El embarazo de alto riesgo no tiene por qué ser terminado siempre por cesárea. Una hipertensión materna, perfectamente controlada por el tratamiento, como ocurre en este caso, nunca constituye una



indicación de cesárea, y menos en una multipara que, en sus partos anteriores, ha tenido hijos de hasta 4.500 grs de peso (...).

» En el caso de esta paciente el parto es normal y el recién nacido tiene un peso que, aunque alto, es normal, sobre todo teniendo en cuenta que esta mujer ha dado a luz, sin problemas, fetos mucho más grandes. Por tanto es muy difícil saber por qué, en este caso, se ha producido la lesión del plexo braquial.

» Como hemos dicho se trata de un parto normal, en el que, al final del expulsivo se realizó episiotomía y maniobra de Kristeller. `La maniobra de Kristeller´ consiste en la expresión gradual del útero, realizada por un ayudante, durante la contracción uterina, con ambas palmas de las manos. Facilita el desprendimiento de la presentación, siendo especialmente útil cuando la paciente se halla anestesiada. También se vuelve a ejecutar en el momento del desprendimiento de los hombros, con lo que se evitan los tirones del cuello del feto.

» Aunque, en los casos de distocia de hombros hay una relación directa entre las maniobras de extracción y la lesión del plexo, algunos autores han proporcionado evidencias de que la alteración del plexo braquial puede ocurrir incluso antes del trabajo de parto o en ausencia de distocia de hombros clínicamente detectable.

» Para otros autores, la distocia de hombro comprobada, sólo se presenta en el 50% de los neonatos que han sufrido una lesión del plexo braquial, lo que equivale a decir que la mitad de las parálisis braquiales se pueden dar en partos normales.

» En definitiva, la lesión que presentó el recién nacido puede aparecer en un parto normal, sin evidencia clínica de distocia y sin dificultades aparentes en el periodo expulsivo”.

Quinto.- Con fecha 14 de abril de 2003, y nuevamente 12 de junio de 2003, al incorporarse al expediente el informe solicitado por la Compañía de Seguros, se notificó a la interesada el inicio del trámite de audiencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formulara alegaciones y presentara los documentos y justificaciones que



estimara oportunos. La interesada, concluido el plazo concedido al efecto, no presentó alegaciones ni documentación alguna.

Sexto.- Con fecha 2 de febrero de 2004, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula una propuesta desestimatoria.

Séptimo.- El 9 de enero de 2004 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria.

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 de acuerdo con 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 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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3ª.- Concurren en la reclamante 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.



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.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

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, ya citada. En efecto, consta que lo hizo con fecha 31 de mayo de 2002, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante, que tuvo lugar el 7 de junio de 2001.

A la vista de éste y otros casos similares, 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 las de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000.

Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: "El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio



prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo señala que “aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son 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 existente en el momento de producción de aquéllos.

» En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

» La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración,



dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

» La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso que nos ocupa, teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, no puede concluirse que la asistencia recibida por la paciente constituyese un supuesto de infracción de la *lex artis ad hoc*, sino que, por el contrario, las actuaciones sanitarias llevadas a cabo fueron correctas.

Tal y como se señala en la propuesta de orden, Dña. xxxxx xxxxx xxxxxxxx reclama por “la parálisis braquial derecha con afectación de las raíces altas” con que nace su hijo, imputando tal lesión a la actuación del médico y la comadrona que atendieron el parto, ya que tuvieron que empujar con fuerza y tirar del neonato para poderlo sacar. Añade que “sin duda es determinante que se suspendiera la cesárea, hasta entonces indicada y dejar que el parto se produjese espontáneamente, ya que el embarazo se calificó siempre de alto riesgo”.



A pesar de tales afirmaciones la reclamante no aporta prueba o indicio alguno que permita demostrar que las lesiones sufridas por su hijo sean imputables a la actuación del personal sanitario que le asistió en el parto.

Más bien se aprecian en su reclamación determinadas manifestaciones que nada tienen que ver con los datos obrantes en el expediente.

Llama la atención, en primer lugar, el que la interesada ponga de manifiesto que estaba programado practicarle una cesárea sobre el 23 o 24 de mayo de 2001, pero que llegada esa fecha el médico que realizó el examen, sin consultar con el resto del equipo que la atendía, decidiera anular la cesárea permitiendo que el parto se produjera de manera natural.

Esta aseveración no encuentra reflejo en la realidad de los hechos que acaecieron, ya que en ningún momento se desprende de los datos e informes que obran en el expediente, incluido su historial clínico, que existiera la intención de practicarle una cesárea.

En relación con este extremo, es conveniente señalar que en el informe del Dr. bbbbb se exponía: "A pesar de que el embarazo se catalogase de alto riesgo, debido a la hipertensión arterial, no existe, a nuestro juicio, en ningún momento, indicación de cesárea. El embarazo de alto riesgo no tiene por qué ser terminado siempre por cesárea. Una hipertensión materna, perfectamente controlada por el tratamiento, como ocurre en este caso, nunca constituye una indicación de cesárea, y menos en una multípara, que en sus partos anteriores, ha tenido hijos de hasta 4.500 g de peso.

» Aun en los casos de hipertensión materna mal controlable, como en la preeclampsia (cosa que no sucede en la paciente), se recomienda la inducción del trabajo de parto, y sólo, cuando han fracasado los intentos de inducirlo, se recurre a la cesárea.

» La parálisis braquial es el traumatismo más frecuente después de la fractura de clavícula. Generalmente la parálisis braquial obstétrica se ocasiona cuando existe una dificultad para extraer los hombros del feto, bien en los partos de nalgas, o bien en partos en presentación cefálica, cuando se produce distocia de hombros.



» La distocia de hombro comprobada sólo se presenta en el 50% de los neonatos que han sufrido una lesión del plexo braquial, lo que equivale a decir que la mitad de las parálisis braquiales se pueden dar en partos normales.

» En definitiva, la lesión que presentó el recién nacido puede aparecer en un parto normal, sin evidencia clínica de distocia y sin dificultades aparentes en el periodo expulsivo”.

A la vista del contenido de este informe, no puede concluirse que existieran causas que determinaran *a priori* la necesidad de practicar una cesárea (por ello no estaba prevista), en contra de lo que afirma la interesada en su reclamación. Pero en el caso de que se hubiera practicado, por aconsejarlo las circunstancias concurrentes en la paciente, no existe ninguna garantía de que pudiera evitarse la parálisis braquial con la que nace su hijo, razón por la que no puede establecerse el nexo causal entre las actuaciones sanitarias efectuadas durante el parto y la lesión padecida por el neonato.

Alega también la interesada en su reclamación que el día 6 de junio de 2001 le sobrevino el parto, siendo trasladada inmediatamente al Hospital rrrrrrrr, ya que el embarazo había sido considerado de alto riesgo. Afirma que cuando llegó, el médico que había suspendido la cesárea no consideró oportuno su ingreso y decidió que hasta que el parto no estuviera más avanzado, no se produciría el mismo. Manifiesta, igualmente, que en el momento en que se adoptó la decisión médica de suspender la cesárea y trasladarla de nuevo al Centro Penitenciario del que procedía, ya habían comenzado las contracciones, destacando lo penoso que resultó su traslado en el furgón de la Guardia Civil, e incidiendo en que el mismo día volvió a ser trasladada al Hospital rrrrrrrrrr.

De nuevo, en este aspecto no existe concordancia entre lo manifestado por la reclamante y los informes que obran en el expediente.

Concretamente en el informe del Dr. qqqqqqqqq se relatan los hechos en los términos siguientes:

“El día 6-6-2001, como consecuencia de su traslado a Urgencias, se realizó un nuevo registro de control por la mañana en la que se sigue comprobando la buena reactividad fetal con exploración física normal y ausencia de dinámica de parto motivo por el cual se consideró que no precisaba el ingreso y se programó como en todos estos casos un nuevo registro para dos días después, (...) siempre que no existiera ninguna incidencia. Dado que la



paciente era reclusa que se encontraba interna en el Centro Penitenciario de zzzzzzzz y considerando la médico de dicho Centro que la paciente estaría mejor vigilada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital rrrrrrrr por lo que es derivada de nuevo al Centro e ingresada en la planta de Maternidad, lo que se produce el día 6, a las 11,56 horas, según consta en el informe de Urgencias.

» A las 18 horas la exploración realizada por el Obstetra de guardia no muestra alteración significativa alguna y el nuevo registro realizado a las 20 horas seguía sin mostrar dinámica de parto.

» El parto fue atendido a la 8,30 horas el día 7 de junio de 2001 procedente de maternidad”.

Si esto es así, quedan desvirtuadas las afirmaciones de la reclamante puesto que las pruebas que le fueron realizadas el día 6 de junio de 2001 en el Servicio de Urgencias del Hospital rrrrrrrr dieron como resultado ausencia de dinámica de parto, extremo que no es compatible con el hecho de que la paciente tuviera contracciones (tal y como la misma asegura), y esa fue la razón por la que no se consideró necesaria su permanencia en el centro hospitalario.

No obstante fue ingresada horas más tarde aunque el parto no tuvo lugar hasta el día siguiente.

De las circunstancias expuestas no se aprecia la existencia de negligencia médica alguna que pudiera ocasionar las lesiones con las que nació el niño, no existiendo, por lo tanto, el nexo causal necesario para poder imputar el hecho dañoso al funcionamiento de la Administración sanitaria.

Finalmente, la reclamante insinúa en su escrito que fue necesaria fuerza para sacar al niño, extremo que tampoco consta en el historial clínico y desmiente el Dr. qqqqqqqq al indicar en su informe que “no se precisó en ningún momento ningún tipo de actuación instrumental ni se realizó tracción alguna dado que no fue necesario por la facilidad en el nacimiento realizándose únicamente las maniobras habituales de la extracción fetal”.

Es necesario poner de manifiesto que los informes incorporados al expediente coinciden en señalar que sobre la parálisis braquial obstétrica, aunque ha sido asociada a distocia de hombros con tracción inadecuada por



parte de los asistentes al parto, instrumentados con fórceps o ventosa (circunstancias que no concurren en el caso que nos ocupa), hay actualmente muchos datos de los que se derivan que tales parálisis pueden aparecer en partos normales por mecanismos no relacionados con las actuaciones del personal que atiende al parto, no conociéndose los mecanismos causales y sin que sea previsible con anticipación al parto.

Teniendo en cuenta todo lo hasta aquí expuesto, y considerando la opinión de los expertos que han sido consultados, puede concluirse que no existen causas para relacionar la lesión que sufre el neonato con las actuaciones practicadas por el personal sanitario en el parto de la paciente; actuaciones que han seguido las exigencias marcadas por la *lex artis ad hoc*, no pudiendo, por tanto, hablar de nexo causal entre el daño sufrido y la asistencia sanitaria recibida, requisito sin el cual no cabe apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar Resolución desestimatoria en el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial iniciado a instancia de Dña. xxxxx xxxxx, como consecuencia de los daños y perjuicios producidos por la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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