



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

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 18 de enero de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxxx*, 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 8 de noviembre 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 a instancia de D. xxxxxx, representado por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, cccc*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 9 de noviembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1050/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, 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. Pérez Solano.

**Primero.-** Mediante escrito presentado en fecha 12 de septiembre de 2003, D. xxxxxx, representado por D. yyyy, formula una reclamación de



responsabilidad patrimonial por la asistencia prestada a su hija ccccc. Señala lo siguiente:

“(…) interesa la incoación de expediente administrativo indemnizatorio por un error médico en la atención de los servicios estatales a la indicada menor de edad, ya que la falta de atención médica en el centro hospitalario y deficiencia en la misma provocaron parálisis cerebral y las consiguientes secuelas que se detallan en la documentación que se adjunta en este acto sin perjuicio de las demás pruebas periciales y documentales que se lleven a cabo a lo largo del expediente.

»Hemos de señalar al respecto que si bien los hechos ocurrieron en el momento del nacimiento de la niña el 14 de septiembre de 1988, hasta este pasado verano del 2003 no se han estabilizado sus lesiones y no se han podido conocer el alcance definitivo y futuro de sus padecimientos, por lo que el plazo de prescripción, conforme a las sentencias del Tribunal Supremo de fechas 13.07.2000, 12.02.2000 y 21.12.1999 se entiende que no comienza a correr sino desde esta fecha concretamente el verano del 2003.

»Respecto a la cuantía de la indemnización que se solicita en este momento es de 480.000 euros”.

Se acompaña al escrito diversa documentación médica.

**Segundo.-** El informe de la Inspección Médica efectúa un relato de la secuencia de los hechos, que puede resumirse así:

Dña. zzzzz acude a la consulta de tocología del Centro de Especialidades Periféricas de hhhhh el día 23 de marzo de 1988 para control de su embarazo. Se recogen antecedentes obstétricos de un embarazo y parto, y fecha probable de parto la del 6 de septiembre de 1988. Se solicitan estudios analíticos que resultan normales. Se vuelve a controlar el 19 de mayo de 1988, con latido fetal normal y útero de tamaño menor al correspondiente con el tiempo de amenorrea siendo prescrito Dayamineral.

El 21 de mayo de 1988 se hace control ecográfico, apreciándose una placenta previa marginal hacia el borde derecho y una gestación menor en un mes al tamaño que correspondería por tiempo de amenorrea, indicando la



conveniencia de repetir el estudio a los dos meses. El 6 de julio de 1988 vuelve a ser controlada, el tiempo de amenorrea es de 32 semanas, la tensión arterial de 150/90, el peso de 74,700 kg, y el latido fetal es normal, prescribiéndose Calcinatal.

El día 26 de julio de 1988 acude a urgencias del Hospital de xxxxxx por metrorragias en gestación de 34 semanas cronológicas, quedando ingresada en el Servicio de Ginecología. En la exploración tocológica se aprecia un útero que corresponde al tiempo de amenorrea con cuello cerrado, no se tacta placenta y sale el guante ligeramente manchado de sangre, no existiendo contracciones uterinas. En la exploración ecográfica se aprecia latido fetal y placenta inserta en fondo y canto derecho y el diámetro biparietal es de 69. La paciente queda ingresada prescribiéndose reposo absoluto y dieta absoluta. Al día siguiente no hay metrorragia, se repite estudio ecográfico. El día 28 continúa sin manchar y con latido fetal positivo, produciéndose el alta hospitalaria.

Revisión el día 16 de agosto de 1988: gestación de 38 semanas, en la exploración tocológica el útero se aprecia algo menor que el que correspondería al tiempo teórico de amenorrea, el cuello está cerrado no manchando, el tono fetal es normal y en el estudio ecográfico se aprecian unos diámetros de la cabeza fetal que corresponden a una gestación de unas 33-34 semanas; el latido cardiaco es positivo, solicitándose estudio analítico. El 24 de agosto de 1988 es de nuevo vista, consta el estudio analítico normal.

El 6 de septiembre de 1988 se revisa a la paciente, refiriendo ésta haber tenido pérdidas durante la noche. En la exploración se aprecia útero que corresponde con edad de gestación con cuello formado, permeable a un dedo justo, no se alcanza presentación, se aprecia metrorragia escasa y en la ecografía se observa placenta en cara lateral derecha de inserción baja con diámetro biparietal de 83 mm. La gestante queda ingresada, realizándose monitorizaciones periódicas de la frecuencia cardiaca fetal, estudio de estrógenos en orina de 24 horas, estudio ecográfico en el que se aprecia líquido amniótico abundante y diámetro biparietal de 83 cm y exploración tocológica en la que se aprecia cuello formado y cerrado y sin metrorragia. El alta hospitalaria se produce el 9 de septiembre de 1988, tras ser monitorizada la frecuencia cardiaca fetal.



El 12 de septiembre de 1988 se revisa a la gestante, en esta consulta se mide el diámetro biparietal ecográficamente que es de 83 cm, en la monitorización el feto se encuentra reactivo y se está a la espera de resultados de estrógenos.

La paciente es revisada el 14 de septiembre de 1988, volviéndose a medir el diámetro biparietal; al considerar que ha cesado el crecimiento fetal, es ingresada para maduración del parto. A las 14.00 horas pasa a dilatación, y a las 15.45 pasa a la habitación con indicación de auscultación fetal cada cuatro horas. A las 20.00 horas la gestante llama porque ha empezado a sangrar, se pasa a dilatación, el latido fetal se oye bien y se da aviso al médico de guardia. A las 20.25 horas se inicia cesárea urgente, extrayéndose feto femenino que llora sobre campo operatorio, apreciando una placenta baja con desprendimiento parcial. La evolución postoperatoria es normal, con alta hospitalaria de la parturienta el 21 de septiembre de 1988.

El día 30 de septiembre de 1988 se emite el informe de alta del Servicio de Ginecología en el que se indica que ante el cese del crecimiento fetal, y a pesar de ser el resto de parámetros normales, se decide inducción del parto el día 14 de septiembre de 1988 con prostaglandina y monitorización fetal, presentando a las siete horas del inicio metrorragia intensa diagnosticándose de desprendimiento placentario, por lo que se realiza cesárea extrayéndose un feto vivo que llora sobre campo operatorio.

La recién nacida queda ingresada en el Servicio de Prematuros a las 20.45 horas, se señalan como datos del parto: cesárea por desprendimiento placentario y los valores del APGAR de 6 y 9. La aspiración de secreciones que se realiza por enfermería revelan secreciones blancas y el lavado gástrico es limpio. El peso de la recién nacida es de 2.340 g, la talla de 47 cm, el perímetro torácico es de 29 cm y el cefálico de 33 cm, presentando signos de inmadurez tegumentaria. En la valoración realizada el 15 de septiembre de 1988 se estima que la recién nacida tiene rasgos de inmadurez de unas 37 semanas, con bajo peso para edad de gestación, actitud hipotónica con buena respuesta a estímulos, auscultación normal y aspecto pletórico.

El alta hospitalaria de la recién nacida se produce el 3 de octubre de 1988; en el informe de alta, entre otros, se señalan como datos del examen



físico de la recién nacida los de actitud hipotónica con buena respuesta a estímulos y reflejos normales.

La recién nacida es revisada por el Servicio de Pediatría del Hospital de xxxxxx los días 17 de noviembre de 1988 y 13 de diciembre de 1988, sin presentar alteraciones relevantes. En junio de 1989 la niña es remitida al Servicio de Pediatría del Hospital de xxxxxx para estudio por un retraso sicomotor.

El 25 de septiembre de 1989 se confecciona informe clínico por el Servicio de Pediatría en el que se solicita el estudio en un centro con Servicio de Neurología Infantil.

La menor es estudiada en el Servicio de Neuropediatría del Hospital Infantil hhhhh2, emitiendo informe de alta el día 31 de octubre de 1989, con juicio clínico de encefalopatía y crisis comiciales secundarias a sufrimiento fetal crónico pautándose tratamiento con luminal. Se revisa en este centro el 12 de diciembre de 1989, manteniéndose el diagnóstico y tratamiento, al que se añade además la rehabilitación, señalando como resultados del estudio TAC la existencia de imágenes de atrofia cortico-cortical.

Continúan las revisiones médicas, y en el año 1994 precisa intervención quirúrgica para alargamiento de ambos tendones de aquiles por espasticidad importante en ambas piernas, que provocaba el que los tobillos se encontrasen en flexión plantar. En noviembre de ese mismo año se emite un dictamen por el Equipo de Valoración y Orientación del Centro Base de xxxxxx en el que se reconoce a la paciente un grado total de minusvalía de 55% por: retraso mental moderado por sufrimiento fetal perinatal, tetraparesia por encefalopatía de etiología de sufrimiento fetal perinatal y crisis convulsiva generalizada por epilepsia de etiología de sufrimiento fetal perinatal; grado de minusvalía que será revisable el 14 de septiembre de 2006.

A partir del año 1995 la niña inicia revisiones y valoraciones en el Centro Nacional de la Asociación Telefónica de Asistencia a Minusválidos (ATAM), y en mayo de 1997 inicia seguimiento por el Servicio de Neurología del Hospital de xxxxxx. Por este Servicio se clasifica la patología como encefalopatía anóxico isquémica por sufrimiento fetal con crisis convulsiva generalizada tónico-clónicas tipo gran mal en tratamiento con luminal, siendo la



última crisis hacía año y medio; se señala bajo peso, retraso intelectual severo, retraso motor con datos de parálisis cerebral infantil, caminando de la mano, lenguaje alterado y pobre en colegio de educación especial.

En septiembre de ese mismo año se vuelve a consultar con resultados de EEG en el que se aprecian complejos de polipunta y punta-onda lenta multifocal y descargas generalizadas y TAC en el que se aprecian signos de atrofia (aumento de cisterna interhemisférica, ventrículos laterales, hastas occipitales y encrucijada) y dudosa agenesia de cuerpo calloso. Se hace precisa silla de ruedas a partir del año 2000, señalándose en la revisión de mayo del 2002 que mantiene deambulacion con ayuda bilateral, encontrándose espástica. En la última revisión de mayo de 2003 se señala que la paciente está sin crisis (que no se han vuelto a presentar desde que es revisada en este Servicio) y que está en tratamiento en rehabilitación con toxina botulínica.

En el último informe aportado en la reclamación de la asociación ATAM, de fecha 29 de septiembre de 2000, se indican como juicios clínicos: por oftalmología deficiencia visual leve-moderada, no cuantificable, con buen enfoque en distancias cortas, astigmatismo miópico congénito y estable. La valoración de rehabilitación en este informe indica la existencia de un cuadro de diparesia (en informes anteriores se aludía a tetraparesia) espástica en estadio de gateo y puesta en pie con dificultad, patrón en flexión y aducción de caderas con bloqueo funcional de charnela dorso-lumbar presentando cifosis, pies en equino-valgo, prensión manual funcional en ambas manos en leve flexión palmar y abducción pasiva de muslos hasta los 90°-100°. Precisa silla de ruedas para los desplazamientos, pudiendo adaptarle un andador de trípode con apoyo de brazos para utilizarlo dentro del domicilio, ejercicios de fisioterapia diaria y mantener la equitación adaptada. La valoración psicológica señala que presenta un rendimiento cognitivo moderado y necesidades educativas especiales.

**Tercero.-** Al expediente se ha incorporado la historia clínica, así como informes de unidades médicas y profesionales entre los que se puede destacar:

- Informe del Dr. Hurtado, del Servicio de Ginecología del Hospital hhhhh3 de xxxxxx, de 30 de septiembre de 1989, en el que se señala:

"Paciente que acude a urgencias generales el día 26-7-89 con el diagnóstico de metrorragias en gestación de 34 semanas cronológicas.



»En la exploración se encuentra cuello cerrado, ligera metrorragia, no contracciones, tonos fetales normales. Ecográficamente DBP: 69, presentación cefálica y placenta cara lateral derecha, permanece ingresada en reposo sin encontrarse metrorragia posterior dándose el alta el día 28-7-89.

»El día del alta se cita para la consulta externa de tocología, donde es controlada en esa consulta cada 48 horas desde el día 6-9-89. Ecografías, monitorizaciones y estrioluria sin encontrar patología alguna en esas pruebas. Ante el cese de crecimiento fetal y a pesar de ser el resto de los parámetros normales, se decide inducción de parto el día 14-9-89 con prostaglandinas (gel) y monitorización fetal. A las 7 horas del inicio presenta metrorragia intensa diagnosticándose desprendimiento placentario, por lo que se realiza cesárea, extrayéndose un feto vivo que llora sobre campo operatorio.

»Curso post-operatorio normal. En útero se objetivan hematomas retroplacentarios" (sic).

- Informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de xxxxxx, de 29 de octubre de 2003, que indica:

"Adjunto informe clínico confeccionado por el obstetra que realizó el seguimiento del parto y posteriormente practicó la cesárea.

»Revisado dicho informe, así como la historia clínica materna y fetal; se obtienen las siguientes conclusiones:

»1º.- La conducta obstétrica antes y durante el parto, fue correcta en todo momento, ajustándose a los protocolos establecidos.

»2º.- Antes del parto no se observó ningún signo de pérdida de bienestar fetal. Nada más producirse el nacimiento, el neonato lloró sobre el campo operatorio, signo de ausencia de sufrimiento fetal.

»Posteriormente el Pediatra no encontró ninguna lesión neurológica, ni de otro tipo; informando al alta, de total normalidad neonatal.



»3º.- Por todo lo anteriormente expuesto, no podemos aceptar que las actuales deficiencias psico-motoras que presenta la paciente, puedan etiquetarse como secuelas de un parto ocurrido hace 15 años; y mucho menos intentar atribuir las a una mala praxis médica.

»¿Quién puede asegurar que no existió algún accidente o traumatismo posterior al parto?».

- Informe de la Inspección Médica, de fecha 4 de mayo de 2004, en el que constan las siguientes conclusiones:

"- Dña. ccccc padece una parálisis cerebral infantil de tipo parético-espástico a la que se asocia una deficiencia mental importante y un síndrome convulsivo. Esta parálisis cerebral tiene como causa etiológica más probable una encefalopatía hipóxico-isquémica secundaria a un sufrimiento fetal crónico.

»- El momento cronológico de aparición de este sufrimiento fetal crónico se debe relacionar cronológicamente con el periodo gestacional anteparto descartándose la existencia de un sufrimiento fetal agudo (asfixia aguda) alrededor del parto (periparto), no encontrándose en ningún momento marcadores de asfixia en los controles realizados. El sufrimiento fetal crónico estaría relacionado con las alteraciones de origen placentario que surgieron durante el mismo, alteraciones que también justificaría el bajo peso para la edad de gestación que presentaba esta paciente.

»- El seguimiento de la gestación de esta paciente fue continuado, realizándose los controles habituales en un primer momento e incrementándose los mismos a partir de presentar el sangrado a las 34 semanas hasta hacerse cada 48 horas en los últimos días del embarazo. Las decisiones adoptadas en los mismos que supusieron los ingresos hospitalarios de la gestante durante los episodios de sangrado vaginal, el mantenimiento de la gestación hasta que se evidenció el cese del crecimiento fetal bajo en los controles periódicos, la provocación del parto por la vía de elección (la vaginal) para la que no había ninguna contraindicación y la terminación del mismo mediante cesárea iniciada a los 25 minutos del episodio de *abruptio placentae* acontecido durante el mismo, reflejan una pauta de actuación del Servicio de Ginecología correcto y adecuado a la *Lex artis*".





**Cuarto.-** Tras el trámite de audiencia, el representante del reclamante, con fecha 14 de junio de 2004, comparece y se le da vista del expediente. El 19 de julio de 2004, presenta un escrito en el que señala:

“Que en relación con la comparecencia de fecha 14 de junio del 2004 ha de señalar que al estimarse denegada la reclamación una vez transcurridos seis meses desde la presentación de la misma se ha interpuesto demanda por denegación en virtud de silencio administrativo originariamente ante la Audiencia Nacional y al haberse inhibido esta, en virtud del Auto del que se adjunta copia –doc. 1– ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, ante el cual se ha personado esta parte en tiempo y forma”.

Añade que los padres de la menor están dispuestos a un arreglo amistoso.

**Quinto.-** El 5 de octubre de 2006, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

**Sexto.-** El 17 de octubre de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta 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 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 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.

No obstante, es preciso observar en relación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial que existe una evidente tardanza, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de los principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. 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.

**5ª.-** La parte reclamante 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, según el cual, "en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la



indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

Al respecto, si bien puede suscitar dudas el hecho, resaltado por el informe de la Inspección Médica, de que no constan actuaciones desde el año 2000 y de que la parálisis cerebral infantil, según dicho informe, es un trastorno no progresivo, cabría entender no prescrita la acción, en la medida en que, como señala la propuesta de resolución, “creemos que no pueden aún precisarse las secuelas”, dado que la niña a la fecha de la reclamación no habría completado su crecimiento.

**6ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. xxxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, ccccc.

Señala la parte reclamante en su escrito que la parálisis cerebral que sufre su hija, y sus secuelas, fue provocada por un error médico, debido a la falta de atención en el centro hospitalario y a deficiencias en la misma.

La cuestión fundamental se centra en determinar si los daños sufridos por la hija del reclamante tienen o no carácter antijurídico, haciendo surgir, o no, junto a los demás presupuestos, la obligación de reparar de la Administración.

En este sentido hay que señalar que la teoría de la *lex artis* constituye desde hace años un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, teoría que se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

Esta teoría parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos



absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, requiere analizar si la actuación seguida por los facultativos en el embarazo y en el parto del que nació la hija del reclamante fue adecuada a la *lex artis ad hoc*, o si, por el contrario, puede declararse la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el resultado lesivo producido.

Ha de recordarse que recae sobre la parte reclamante la obligación de probar el referido nexo causal, correspondiendo a la Administración la prueba de la existencia de fuerza mayor, en caso de que ésta concurriera.

En el supuesto sometido a dictamen, la parte reclamante, a pesar de las afirmaciones que realiza en el sentido de pretender establecer la relación de causalidad entre los daños sufridos (parálisis cerebral infantil) y el proceso asistencial anterior al parto y en este mismo, no aporta prueba que permita demostrar que las lesiones sufridas por su hija sean imputables a la actuación de los servicios médicos por infracción de la *lex artis ad hoc*, de modo que pudiera considerarse existente el requisito del nexo causal, es decir, una actividad, bien sea acción u omisión, por parte de los servicios de la Administración sanitaria de la que pueda predicarse que ha sido la causa inmediata y directa del resultado lesivo producido.



Al respecto ha de destacarse que las conclusiones del informe de la Inspección Médica, de 4 de mayo de 2004, recogidas en los antecedentes de hecho, no permiten afirmar que la asistencia ginecológica durante el embarazo y el parto hubiese sido defectuosa o irregular.

Las conclusiones de la Inspección Médica se complementan con las consideraciones que efectúa en el cuerpo del informe. En éste, y respecto a la relación de las lesiones con sufrimiento fetal perinatal que se efectúa en algunos de los documentos médicos (así, el dictamen del Equipo de Valoración y Orientación, de 16 de enero de 1994), se señala: “En el presente caso no existen datos que permitan hablar de la existencia de un episodio de asfixia aguda periparto a raíz de los resultados de los marcadores antes comentados (...)”. Además se dice que “en el presente caso la primera valoración que se hace de la paciente por un servicio especializado de neuropediatría se clasifica la encefalopatía secundaria a un episodio de sufrimiento fetal crónico, por tanto no existiría un episodio de asfixia agudo lo que explicaría que los marcadores de asfixia utilizados por el Servicio de ginecología fuesen normales”.

Por último, cabe destacar que se afirma en las consideraciones citadas: “De la breve exposición del curso asistencial seguido en esta gestante queda totalmente descartada cualquier posibilidad de desatención”. Y se asegura lo siguiente: “Por todo lo cual la atención sanitaria no sólo ha sido constante sino correcta en todo momento”.

En definitiva, la documentación obrante en el expediente impide formular con la necesaria seguridad que la enfermedad de la hija del reclamante tenga como causa una actuación de los servicios sanitarios con infracción de la *lex artis*. En consecuencia, ha de desestimarse la reclamación.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta, por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.



Por último, nos vemos igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, no justificada, puesto que hemos de recordar que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver, trae consigo no sólo molestias y posibles perjuicios al interesado, al obligarle a acudir a la vía judicial con los gastos que ello conlleva de forma inexcusable de procurador y abogado, entre otros, sino también a la propia Administración de Justicia con procedimientos que podrían no haberse ni siquiera iniciado, así como al personal encargado de la defensa de la Administración demandada.

### **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 a instancia de de D. xxxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, ccccc.

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