



Sr. Madrid López, Presidente y  
Ponente

Sr. Estella Hoyos, Consejero  
Sr. Fernández Costales, Consejero  
Sr. Pérez Solano, Consejero  
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 12 de febrero de 2009, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx1 y Dña. xxxx2*, 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 enero de 2009, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en representación de D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo, cccc, en el Hospital hhhhh de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de enero de 2009, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 22/2009, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. xxxx6 López.

**Primero.-** El 13 de octubre de 2005, D. xxxx1 y Dña. xxxx2 presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios



derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo, ccccc en el Hospital hhhhh de xxxxx.

Se relatan los hechos del siguiente modo: "(...) llevaba tiempo sometida a controles médicos con el fin de quedarme embarazada.

»Con fecha 31 de marzo de 2004, tras realizármeme las pruebas correspondientes, se nos confirmó el embarazo.

»A partir de este momento se me realizaron controles periódicos en xxxx3, mediante ecografías realizadas los días 19 de abril, 24 de mayo, 5 de julio y 24 de agosto de 2004.

»Asimismo, el día 10 de junio de 2004 me fue realizada la prueba de amniocentesis en la `hhhh1´ de xxxxx.

»Los resultados presentaban normalidad y estuve cinco días de reposo absoluto. Además se me prescribió tratamiento con Clamoxil 500 mg. y Prepar. Durante todo este tiempo no tuve ningún problema, ni siquiera molestias.

»Con fecha 5 de julio de 2004 se me prescribe Plantaben, Daflo 500 y crema hemorroidal Tariyferan por presentar estreñimiento y hemorroides.

»El día 4 de septiembre de 2004, comencé a sufrir pequeñas molestias y al día siguiente tuve que ser ingresada en el Hospital hhhh2 de xxxx4 (...) por amenaza de parto prematuro de 28 semanas.

»Estuve ingresada del 5 al 8 de septiembre de 2004, se me prescribió tratamiento con Atosiban y se me dio el alta con control médico y reposo en domicilio.

»En el Centro de Salud de hhhh3 se me realizaron controles periódicos los días, 22 de septiembre, 22 de octubre, 8 de noviembre, 18 de noviembre y 25 de noviembre. También en el Hospital hhhhh se me realizaron monitorizaciones semanales, siendo todos los controles y resultados de absoluta normalidad.



»El día 27 de noviembre, a las 6:45 rompí aguas y acudí al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, pase al paritorio donde me monitorizaron, me rasuraron y fui examinada por el Servicio de Ginecología, me pusieron el edema y un gel para acelerar el proceso del parto vía vaginal.

»Después me llevaron a la habitación y durante todo el tiempo continuaron las contracciones.

»Durante la comida las contracciones eran cada vez más fuertes y seguidas por lo que fui de la habitación al paritorio, allí me examinaron tanto la matrona como el ginecólogo y me pusieron la epidural.

»Alrededor de las 5 de la tarde, ya había dilatado suficiente y pasé a la fase de expulsión. Aparentemente todo era normal.

»El niño nació alrededor de las 18:15 horas ayudado por espátulas pero no lloraba.

»En ese mismo momento tuvieron que entubar al niño y realizarle maniobras de reanimación, le metieron en la incubadora y lo subieron a la Unidad de Neonatología.

»Es innegable que no fue por casualidad que nuestro hijo naciera en esas condiciones (...).

»En modo alguno fue prevista la situación de riesgo en que se encontraba el niño, y al no ser prevista, nada se hizo por evitarlo, ni se tomaron medidas de ningún tipo para evitar el sufrimiento del feto.

»Desde su nacimiento, nuestro hijo viene realizando un régimen de vida especial, y hoy por hoy no sabemos las secuelas que va a presentar de por vida, de momento una de ellas es que es ciego.

»(...) a pesar de que desde el primer momento hemos pedido explicaciones de lo que ocurrió e insistido en que se nos permitiera examinar mi historia clínica completa, incluidos los registros tococardiográficos del parto, de manera sorprendente en el Hospital hhhhh ha desaparecido mi Historia Clínica tal y como reconoce el propio Hospital.



»(...) consideramos que existió un defecto o mala praxis en la actuación de los Servicios Médicos de la Sanidad Pública que siguieron la evolución del embarazo y por supuesto el parto. Además se objetiva también mala praxis al extraviar la Historia Clínica de una paciente.

»Los daños que se le han causado a nuestro hijo pudieron evitarse de haberse detectado la presencia de sufrimiento fetal y, en consecuencia, haber tomado las medidas oportunas para acelerar el parto o realizar una cesárea si fuera necesario, lo cual no ocurrió”.

Reclaman una indemnización de 900.000 euros.

Acompañan a su reclamación copia de la siguiente documentación:

- Informe de la Subdirección del Área Médica, de fecha 6 de septiembre de 2005, informando de la pérdida de parte de la historia clínica de la paciente referente a los registros y monitorizaciones.

- Apoderamiento otorgado al compareciente para actuar en el procedimiento.

- Cartilla de Salud de la embarazada e informes médicos que ya obran en la historia clínica.

El 20 de junio de 2006, D. xxxx1 y Dña. xxxx2, representados por D. yyyyy, presentan escrito de alegaciones, aportando además de informes que ya obran en la historia clínica, Dictamen del Equipo de Valoración y Orientación del Centro Base de xxxx5, declarando una minusvalía del 81% en el niño, y reportaje fotográfico relativo a la situación de éste.

**Segundo.-** Al expediente administrativo se incorpora la siguiente documentación:

- Informe del facultativo especialista del Servicio de Ginecología del Hospital hhhhh de xxxxx, de 1 de diciembre de 2005.

- Informe de la Inspección Médica, de 3 de abril de 2006.



- Dictamen médico, de 8 de junio de 2006, realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración.

- Informe de asistencia de la matrona.

- Informe del Pediatra.

- Informe de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Sego), emitido por el Jefe de Servicio del Hospital hhhh4 de xxxx6 y profesor titular de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Autónoma de xxxx6, de 27 de febrero de 2008

**Tercero.-** Concedido el trámite de audiencia, mediante escrito de 2 de abril de 2008 se comunica que el asunto está en la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León en xxxxx, solicitando, no obstante, se emita resolución expresa.

**Cuarto.-** Mediante escrito de 2 de junio de 2008, se concede un nuevo trámite de audiencia, incorporándose toda la documentación obrante en el expediente, presentando escrito de alegaciones en fecha 18 de junio de 2008.

El 24 de junio de 2008, se aporta por los reclamantes un informe emitido por un doctor, miembro numerario de la Sego.

**Quinto.-** Con fecha 26 de noviembre de 2008, la Dirección General de Administración e Infraestructuras formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta.

**Sexto.-** El 10 de diciembre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa desfavorablemente la propuesta de orden citada.

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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la interesada presenta la solicitud de indemnización (el 13 de octubre de 2005) hasta que se formula la propuesta de resolución (el 26 de noviembre de 2008). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, 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 Autónoma de Castilla y León.

La reclamación se ha formulado en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.



**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 mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la también Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, 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 actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

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

e) Ausencia de fuerza mayor.

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



**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo no comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden, que conduce a desestimar la reclamación de los interesados.

El parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño, viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén 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 ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, 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 -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, 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.

En el caso sometido a dictamen, es necesario analizar si la asistencia médica prestada resultó ajustada a las exigencias de la *lex artis ad hoc*. Resulta preciso acreditar, en primer lugar, si la asistencia prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx fue conforme a la *lex artis*, en el sentido de entender si existe algún tipo de indicio que lleve al convencimiento de que durante el parto hubo una pérdida de bienestar fetal o sufrimiento fetal, que fuera la causa de las lesiones que sufre el paciente.

El informe de la Inspección Médica pone de manifiesto que “en la documentación aportada por la madre, figura la anotación realizada por los





Profesionales que atendieron al parto, de que no se objetivizó sufrimiento fetal ni consta ninguna incidencia negativa en el desarrollo de la misma” y que “no existe ningún documento en el expediente del que se desprenda la existencia de sufrimiento fetal”. No obstante se precisa que “el no hallazgo de los registros y monitorizaciones por la pérdida de la historia clínica no permite objetivizar lo señalado por los profesionales que atendieron al parto, que los registros tococardiográficos fueron normales durante todo el proceso”.

Por otra parte, el informe emitido por la compañía aseguradora indica que “la gestación fue correctamente controlada”, que “según los informes de todos los profesionales intervinientes, no existió a lo largo del parto alteración alguna en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, ni durante el periodo de dilatación, ni durante el expulsivo, que hiciera sospechar la existencia de un sufrimiento fetal. En este sentido debe considerarse sobre todo lo afirmado por el pediatra de guardia en su informe y reflejado en la hoja de finalización del parto, referente a que los registros eran normales”. Asimismo se afirma que “la indicación para finalizar el parto mediante la aplicación de espátulas fue correcta (...) se debe desechar de forma rotunda la relación entre dichos instrumentos y las lesiones neurológicas posteriores” (no obstante, en el informe de la Segó aportado por los reclamantes se indica que, tras la utilización de las espátulas, el neonato presenta un cefalohematoma parietal derecho, y que sólo dos razones justifican el cefalohematoma: una utilización burda y grosera por parte de un profesional inexperto o una utilización apresurada y forzada para extraer un feto que se encontraba en una situación comprometida que se había alargado excesivamente debido a que el ginecólogo se encontraba atendiendo una urgencia), y que “analizada la evidencia científica actual, podemos afirmar que en este caso, no se cumplen todos los criterios consensuados para asegurar que la encefalopatía tenga claramente un origen hipóxico intraparto. Es posible no detectar situaciones de hipoxia intraparto, a pesar de un control riguroso del mismo; esto se explica por la baja sensibilidad de los métodos disponibles hasta ahora”. Concluye afirmando que “los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *Lex Artis ad hoc*, no existiendo indicios de mala praxis”.

Los informes de la Segó (el solicitado por la Administración y el aportado por los reclamantes) describen los criterios necesarios (se deben cumplir todos) para estar en presencia de un evento agudo hipóxico intraparto:



- 1.- Acidosis metabólica: ph inferior a 7.0 y déficit de base igual o superior a 12 mmol/L.
- 2.- Inicio precoz de la encefalopatía neonatal moderada/severa a las 34 semanas o más.
- 3.- Parálisis cerebral del tipo tetraparesia espástica o parálisis cerebral discinética.
- 4.- Exclusión de otras causas identificables tales como prematuridad, traumatismos, crecimiento intrauterino retardado, presentación podálica, coagulopatías maternas o fetales, procesos infecciosos o alteraciones cromosómicas o congénitas.

Ambos informes coinciden en señalar que las tres primeras causas concurren en el presente caso; sin embargo difieren respecto a la concurrencia de la cuarta causa. Así, el informe aportado por los reclamantes señala que "la historia clínica de la madre y la evolución del neonato excluyen cualquier otra causa de la encefalopatía hipóxico-isquémica que no sea la asfixia intraparto". No obstante, en el informe emitido a instancia de la Administración se indica que "dentro del cuarto criterio deben excluirse otras causas identificables. En este caso existe un diagnóstico de sospecha de sepsis tardía con bacteriología negativa. Además, en el momento del nacimiento, el recién nacido tenía 31.120 leucocitos con una neutrofilia mantenida durante los 10 primeros días de vida. Estos datos analíticos están presentes habitualmente en procesos infecciosos. La aplicación de espátulas puede excluirse ya que no consta que fuera traumática y además el cefalohematoma que el recién nacido ha presentado no puede ser el responsable del daño neurológico (...). Por tanto de la totalidad de los cuatro criterios que se admiten hoy, sólo el 1º, 2º, y 3º existen en este caso. En cuanto al 4º, no es posible descartar, de forma indudable, la infección".

En ambos informes también se realiza un análisis sobre los criterios que colectivamente sugerirían la cercanía del proceso causal al parto, manteniendo posturas discrepantes, precisando el aportado por los interesados que alguno de los criterios no son demostrables, debido a la ausencia de documentación clínica.



Pues bien, en el informe emitido a instancia de la Administración, respecto a la concurrencia de los criterios esenciales, no se afirma y prueba realmente que no concurra la cuarta causa, simplemente indica que “no es posible descartar, de forma indudable, la infección”. En base a todo lo señalado, existen indicios de convicción suficientes para entender que pudiera existir relación entre la asfixia perinatal y la parálisis cerebral. En este sentido, según el informe de la Inspección Médica, “la pérdida o extravío de la historia clínica, no permite estudiar y evaluar los registros prenatales y perinatales del niño, que nace con un grave síndrome neurológico compatible con sufrimiento perinatal por anoxia perinatal”.

A pesar de lo expuesto, aun en el caso de haberse producido una hipoxia intraparto, pudiera no haberse apreciado mediante los métodos de control protocolizados. No obstante, tal y como señala el informe emitido por la Sección de la Administración, “Habitualmente, el control del bienestar fetal se realiza, prácticamente en la totalidad de los partos, mediante la monitorización cardiotocográfica, consistente en la obtención por medios electrónicos de la FCF y la dinámica uterina de forma simultánea”.

También clarifica que “Sólo cuando en el registro aparecen alteraciones que pudieran constituir un riesgo de pérdida de bienestar fetal, está indicado cuantificar dicho riesgo. La cuantificación del riesgo se realiza, ahora sí, mediante el estudio bioquímico del medio interno fetal (...) en el 30% de los casos pueden aparecer patrones de riesgo de pérdida del bienestar fetal, aunque sólo un 1% son predictivos de hipoxia fetal actual o inminente. Es en ese 30% de casos en los que está indicado el estudio bioquímico del medio interno fetal con el fin de cuantificar objetivamente ese riesgo”.

En este punto debe señalarse que el hecho de que no haya existido alteración en el trazado cardiotocográfico -según las manifestaciones vertidas por los profesionales intervinientes en los informes elaborados por éstos (y ello aún cuando en el folio 106, denominado historia del parto, aparece en blanco el epígrafe dedicado al sufrimiento fetal, existiendo otros recuadros que referidos a alteraciones de la FCF también aparecen en blanco, y asimismo una anotación manuscrita que dice “RCGT N”)-, no obstante falta la prueba documental relativa al citado trazado; y tal y como señala el informe de la Inspección Médica, “el no hallazgo de los registros y monitorizaciones por la pérdida de la historia clínica no permite objetivizar lo señalado por los profesionales que



atendieron al parto, que los registros tococardiográficos fueron normales durante todo el proceso”.

Con carácter general, respecto a la documentación clínica cabe señalar que la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su capítulo V la historia clínica, señalando que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica y que el paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.

En concreto el artículo 19, “Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica”, dispone que “el paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley”.

En desarrollo de la legislación básica, la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud en Castilla y León, en su título V, “Protección de los derechos relativos a la documentación sanitaria” -fundamentalmente en su artículo 39-, subraya las garantías necesarias para el adecuado respeto de los mismos por parte de la Administración Sanitaria, considerando a la historia clínica el valor de pieza central de la documentación sanitaria y dando garantías sobre la misma.

Además, en esa misma dirección argumental, no hay que desconocer la gran trascendencia probatoria de la historia clínica, al ser considerado un documento cualificado jurídicamente y sensible desde el punto de vista de la protección de datos.

En este sentido, la Sentencia 25/1997, de 27 enero, del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) establece la responsabilidad de la Administración Autonómica, como titular de un centro hospitalario, por la falta de atención y cuidado en la guarda y custodia de una historia clínica desaparecida.



La elaboración y conservación diligente de la historia médica de los pacientes forma parte de la praxis médica y del contenido asistencial del servicio público.

Conviene asimismo recalcar, tal y como se señala en la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de noviembre de 2007, citada en el informe emitido por la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad, que “la obligación de soportar la carga de la prueba por el perjudicado, no empece que esta exigencia haya de atemperarse a fin de tomar en cuenta las dificultades que normalmente encontrará el paciente para cumplirla dentro de las restricciones del ambiente hospitalario, por lo que habrá de adoptarse una cierta flexibilidad de modo que no se exija al perjudicado una prueba imposible o diabólica”. Indica asimismo que “ante la facilidad de la prueba por la Administración, a la que es imputable la falta de aportación, por pérdida o extravío, no puede resultar beneficiada por la valoración de la prueba”, y que en definitiva una lógica valoración de la prueba no permite que la Administración, causante de la falta de aportación de una prueba decisiva para la determinación de los hechos, resulte beneficiada de dicha ausencia.

En este sentido conviene aclarar que, a pesar de las declaraciones y demás elementos señalados en relación a la actuación médica seguida en relación al nacimiento del niño y a la valoración de las tiras de monitorización por parte de los profesionales sanitarios intervinientes (cuya correcta valoración no se puede comprobar), el informe de la Inspección Médica propone que “se indemnice a los reclamantes por la patología que padece su hijo y que pudiera derivarse de un proceso asistencial, que no ha podido ser estudiado por una negligencia en la custodia de la documentación clínica”.

Por todo lo expuesto, teniendo en cuenta que el control del bienestar fetal se realiza, prácticamente en la totalidad de los partos, mediante la monitorización cardiotocográfica, que aunque no puede considerarse infalible, sí que puede detectar un posible sufrimiento fetal, lo que hubiera permitido actuar en consecuencia con la debida diligencia, existiendo elementos de convicción suficientes que permiten vincular las lesiones padecidas por el recién nacido a una asfixia intraparto, y teniendo en cuenta asimismo que, en definitiva, el proceso asistencial seguido no ha podido estudiarse debido a la falta de documentación clínica, procede apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial por parte de la Administración Sanitaria.



Por tanto, a la luz de todo lo expuesto, puede concluirse que se ha producido un funcionamiento anormal del servicio público sanitario, vulnerándose la *lex artis ad hoc*, razón por la que procede estimar la reclamación.

**6ª.-** Respecto a la cuantía de la indemnización, se considera procedente que se fije en un expediente contradictorio en el que, en todo caso, se conceda audiencia a los reclamantes.

Todo ello sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, antes citada.

**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, debe ponerse igualmente de manifiesto la obligación que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial -no justificada, puesto que debe recordarse que, desde que fue interpuesta la reclamación, ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver-, trae consigo molestias y posibles perjuicios al interesado.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución estimatoria, en los términos señalados en el cuerpo del presente dictamen, en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyyy, en representación de D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo, ccccc en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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