



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 9 de febrero de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

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

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 24 de enero de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 112/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación del mismo, 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. Nalda García.

**Primero.-** El 18 de julio de 2002 Dña. xxxxx precisa ingresar en el Servicio de Ginecología del Hospital hhhhh (xxxxx) por un aborto diferido de un embarazo de aproximadamente diez semanas, por el que se le realizó un legrado uterino. Ante la persistencia de restos abortivos intracavitarios se le



practica posteriormente un nuevo legrado que cursa sin incidencias (25 de julio de 2002).

Ante la persistencia de sangrado y un cuadro de dolor en hipogastrio, acude al Servicio de Urgencias donde, tras una exploración ginecológica y ecografía, se objetiva un mioma en el tercio inferior del útero. Se le pauta tratamiento y se le realiza una histeroscopia diagnóstica, objetivándose una cavidad normal sin resaltes ni miomas (27 de septiembre de 2002).

En el mes de septiembre/octubre de 2002 inicia nuevo embarazo, que es controlado en las consultas del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital hhhhh con periodicidad mensual. Todos los controles clínicos analíticos y ecográficos son normales.

El 14 de julio de 2003, coincidiendo con el final de su embarazo, Dña. xxxxx ingresa en el Servicio de Obstetricia y Ginecología tras realizarle prueba de Pose y ser negativa. Al día siguiente del ingreso se produce la amniocesis espontánea e inicia el trabajo de parto con una dinámica espontánea e irregular. Se le realiza analgesia epidural (previa firma del documento de consentimiento informado) a las 16 horas, continuando la dinámica del parto, controlándose la dilatación, que se desarrolla correctamente. A las 19,30 horas se inicia la estimulación con oxicóticos. A las 23 horas se llega a la dilatación completa.

Sin cesar la dinámica del parto, y ante la desproporción cefalopélvica, se hace precisa la práctica de cesárea (previo consentimiento informado).

La cesárea cursa sin incidencias y tras el nacimiento de un varón de 3.650 gramos, se procede al cierre del útero y pared. En este momento aparece un cuadro de parada cardiorrespiratoria de breve duración que precisa maniobras de resucitación cardiopulmonar a las que la paciente responde de forma adecuada, continuando con el cierre por planos de laparotomía. Al finalizar este cierre se inicia un cuadro de coagulación intravascular diseminada, que se trata de forma inmediata con plasma y sangre. Tras la realización de un TAC craneal, en el que se visualiza un hematoma subdural agudo interhemisférico, pasa a ingresar en la UCI.



Durante su estancia en la UCI se estabiliza su situación hemodinámica y estado general, produciéndose una lenta pero progresiva mejoría neurológica. Permanece durante tres días en la UCI y posteriormente pasa a la planta de ginecología, donde es estudiada de forma conjunta por neurología, psiquiatría y ginecología. Su evolución es favorable y se le da el alta hospitalaria con fecha 5 de agosto de 2003, con revisiones ambulatorias posteriores y con unos juicios clínicos al alta de "embolia de líquido amniótico; CID, hematoma subdural interhemisférico, encefalopatía postanóxica leve y de buena evolución".

Posteriormente sigue revisiones periódicas en el Servicio de Ginecología, siendo dada de alta el 21 de diciembre de 2003, con la recomendación de no iniciar nuevas gestaciones. Igualmente sigue revisiones periódicas en neurología, donde es dada de alta con secuelas leves de los procesos clínicos padecidos con discretas alteraciones amnésicas y posible componente funcional. Asimismo es dada de alta en psiquiatría, donde se la trató de forma ambulatoria por anomalías del comportamiento no justificadas por la leve encefalopatía postanóxica y disminución de la memoria reciente con síntomas leves de desorientación.

**Segundo.-** Mediante escrito presentado en la Gerencia de Salud del Área de xxxxx el día 3 de junio de 2004, Dña. xxxxx reclama ser indemnizada con la cantidad de 60.000 euros por los daños y secuelas que la paciente ha sufrido, que comprenden, según su propio escrito "la hospitalización (23 días ingresada), así como los gastos (5.838,44 euros) y que se pueden causar hasta alcanzar una recuperación." Este último importe comprende los gastos derivados del tratamiento en la sanidad privada, dado que, según sus manifestaciones, "su mejoría no era todo lo satisfactoria que debiera y que en la seguridad social se me negaba un tratamiento adecuado a mis padecimientos, mandándome a casa sin ningún tipo de de tratamiento médico, farmacéutico o rehabilitador, habiéndome dado el alta en los servicios de ginecología, neurología y psiquiatría, es por lo que finalmente decido acudir a la sanidad privada". Acompaña las facturas y los correspondientes justificantes de pago.

Alega como causas de la complicación del parto y de sus consecuencias, entre otras, la tardanza excesiva por parte de los profesionales médicos en tomar la decisión de sustituir el intento de parto vaginal –después de doce horas– por la intervención quirúrgica, conociendo las dificultades que iba a



tener para proceder a un parto vaginal: escasa estatura, el considerable peso del bebé, que la pelvimetría anteroposterior obtenía unos valores bajos, el cansancio. Argumenta que los medicamentos que se le administraron durante la dilatación y el parto “pueden resultar en conjunto excesivos para una parturienta, y suponer una combinación perjudicial como así se demostró”.

Muestra por otra parte su disconformidad con el diagnóstico de embolia de líquido amniótico, puesto que “en el momento de la cesárea llevaba alrededor de doce horas con la bolsa rota (...) con lo cual no quedaba una gota de líquido amniótico”. En relación con el hematoma sufrido, “tanto en la TC como la RM se observa sangre subdural en diferentes localizaciones y de etiología traumática; esto quiere decir que es consecuencia de las maniobras de resucitación así como de la desfibrilación”.

Entre las secuelas que alega se hallan, entre otras, la desorientación parcial de predominio temporal, la amnesia y el cansancio. Aunque sigue relacionándose con su hijo lo hace “bajo la supervisión de una tercera persona”, y afirma no poder “responsabilizarse de nada ni de nadie”.

Acompañan a su escrito multitud de informes y partes médicos que obran en su historia clínica, así como la Resolución de 22 de marzo de 2004 del Gerente Territorial de Servicios Sociales de xxxxx, en la que se le reconoce un grado de minusvalía de 36% desde el 10 de diciembre de 2003, con un plazo de validez hasta el 22 de marzo de 2005.

**Tercero.-** Figuran en el expediente la historia clínica del hospital y los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe anestesiológico de 10 de septiembre de 2003, en el que se describen las incidencias del parto.

- Informe del Servicio de Psiquiatría de 4 de agosto de 2003, que refleja en el seguimiento:

“(...) lo cierto es que la paciente mostraba síntomas preocupantes por lo que se determinó restringir las visitas del bebé (...). La evolución ha sido rápida y favorable, de manera que al alta la paciente sentía deseos de atender a su hijo, al que reconocía como tal, y se mostraba más



comunicativa aceptando su maternidad. Sin embargo persistían síntomas leves de desorientación y disminución de la memoria reciente”.

- Informe de alta del Servicio de Neurología de 4 de agosto de 2003.

- Informe de alta del Servicio de Ginecología de 27 de agosto de 2003.

- Informe de 22 de junio de 2004 del Servicio de Anestesia del Hospital hhhhh de xxxxx.

- Sendos informes de 24 de junio de 2004 del Servicio de Ginecología del Hospital hhhhh de xxxxx, suscritos por la doctora Dña. ddddd y el doctor ggggg.

- Informe de 19 de enero de 2005 de la inspección médica.

- Dictamen de 11 de marzo de 2005 de los especialistas D. rrrrr y D. bbbbb, especialistas en obstetricia y ginecología.

**Cuarto.-** Con fecha 16 de mayo de 2005, se concede el trámite de audiencia. El 20 de mayo de 2005 comparece la reclamante, que no formula alegaciones. El 2 de junio de 2005 comunica que ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación. El 5 de octubre de 2005 la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León remite el expediente a la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Valladolid.

**Quinto.-** El 21 de diciembre de 2005 se formula la propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad formulada.

**Sexto.-** El 4 de enero de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

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.

**3ª.-** Concurren en la interesada 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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

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

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

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

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

e) Ausencia de fuerza mayor.

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

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada a instancia de Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada.

La 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. En efecto, el parto se produjo el día 16 de julio de 2003 y la reclamación se presenta el 1 de junio de 2004, en todo caso, dentro del plazo de un año previsto en la ley.



Después de haber examinado cuáles son los requisitos que configuran el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, el caso examinado ha de ser analizado por este Consejo Consultivo partiendo de los informes y documentos incorporados al expediente para concluir, del mismo modo que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación, puesto que no ha existido infracción de la *lex artis ad hoc* en ningún momento de la asistencia sanitaria prestada.

La Audiencia Nacional, en Sentencia de 10 de marzo de 2004, cita la consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo "según la cual, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión que conduciría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonables, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* 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 le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, solo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis* responde 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 deberán ser soportados por el perjudicado. La existencia de este criterio de la *lex artis* se basa en el principio jurisprudencial de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación se concreta en prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo".

Asimismo, la propia Audiencia Nacional, en Sentencia de 30 de junio de 2004, recogiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo y lo manifestado por éste en Sentencia de 28 de enero de 1999, partiendo de la afirmación de que la responsabilidad de la Administración tiene carácter objetivo, indica que "para que el daño concreto producido por el funcionamiento del servicio a uno o varios particulares sea antijurídico basta con que el riesgo inherente a su utilización haya rebasado los límites impuestos por los estándares de seguridad exigibles conforme a la conciencia social. No existirá entonces deber alguno del perjudicado de soportar el menoscabo y, consiguientemente, la obligación de resarcir el daño o perjuicio causado por la actividad administrativa será a ella imputable".





Pero en el caso que nos ocupa, y de acuerdo con la documentación que forma parte del expediente de responsabilidad patrimonial, puede afirmarse que existió en todo momento una adecuada praxis médica por parte de los profesionales que atendieron a la paciente; y una asistencia adecuada en todo momento a las necesidades que tanto ella como el parto requirieron, sin olvidar las atenciones y revisiones continuas prestadas con posterioridad.

Así, en primer lugar, se aduce por la reclamante que hubo una tardanza excesiva en tomar la decisión de sustituir el parto vaginal por la práctica de la cesárea, dado que había indicios suficientes –como el considerable peso del niño o la escasa estatura de la paciente– para que los profesionales hubieran optado preferentemente, o de modo más rápido, por la intervención quirúrgica. Sin embargo, y tal como expone el dictamen emitido por parte de la compañía aseguradora:

“La desproporción pélvico-cefálica es una condición en la que se produce una imposibilidad de paso de la presentación a través del canal del parto; en ocasiones se debe a problemas fetales (peso excesivo o anormal colocación) y en otras a anomalías del canal óseo del parto. Hoy en día no se considera un concepto estático, limitado a un problema de tamaño fetal vs. amplitud del canal óseo, sino que se implican múltiples factores desde una adecuada dinámica, hasta un adecuado tamaño fetal, colocación de su cabeza, pasando por una pelvis suficiente.

»Pero mucho más importante que el concepto de desproporción céfalo-pélvica, lo constituye su diagnóstico. A este respecto, no disponemos de ningún criterio ni clínico ni por exploraciones complementarias, para asegurar que existe una desproporción pélvico-cefálica, hasta que el parto se ha iniciado y se ha alcanzado la dilatación completa. (...).

»En resumen el diagnóstico de una desproporción pélvico-cefálica se debe hacer durante el parto, una vez alcanzada la dilatación completa, y comprobando que la presentación fetal no se encaja (prueba de parto).

»Podemos afirmar que la conducta tanto en lo que respecta la fase activa del parto como a la finalización del mismo, con el diagnóstico de una desproporción pélvico-cefálica, fue totalmente adecuada a los actuales protocolos asistenciales”.



Respecto de los motivos que, según la reclamante, debían de haber motivado que los médicos optasen por la intervención quirúrgica en lugar de intentar un parto vaginal, señala el citado dictamen que “una talla de 1,58 metros en la población española no puede considerarse como anormalmente baja, y en ningún tratado de obstetricia viene referida como sospecha de desproporción”. En relación con el peso del recién nacido, indican que “su peso fue de 3.650 g, peso que tampoco puede considerarse excesivo (...) ni siquiera un peso estimado por ecografía superior a los 4.000 g justifica la realización de una cesárea”. En lo relativo a que la gestación se prolongó en exceso consideran que “se habla de un parto postérmico el que ocurre por encima de las 42 semanas cumplidas; recordemos que en este caso la edad gestacional era de 41+2 semanas”. Finalmente, en relación con la radiopelvimetría que informaba de diámetros laterales normales pero bajos, concluyen que “ya se ha comentado la escasa utilidad que tiene esta técnica en la obstetricia moderna”.

Por último, respecto a esas causas alegadas por la interesada, y en concreto en lo relativo al cansancio y la fatiga que padeció la interesada “provocados por casi doce horas de intento de parto vaginal”, el Dr. ggggg indica en su informe que “se producen absolutamente en todas las gestantes durante el parto. La fase de dilatación transcurrió en menos de doce horas, duración dentro de la normalidad”.

Por otro lado, argumenta que los medicamentos que se le administraron durante la dilatación y el parto “pueden resultar en conjunto excesivos para una parturienta, y suponer una combinación perjudicial como así se demostró”. El informe de la inspección médica, sin embargo, afirma que “durante toda la dilatación y expulsivo, la actuación fue correcta tanto en el tiempo que duró, aproximadamente doce horas, como en los fármacos usados (...) llegando a la dilatación completa de forma espontánea tras la estimulación oxitócica y analgesia epidural”.

Otra de las cuestiones alegadas en el escrito de reclamación es la referente a la complicación surgida durante el parto: “parada cardiorrespiratoria secundaria a embolia de líquido amniótico, con coagulación intravascular diseminada secundaria, que dio lugar a un hematoma subdural interhemisférico subclínico y encefalopatía post-anóxica leve con escasas secuelas neurológicas”, como consta en el diagnóstico de alta de 5 de agosto de 2003. La interesada



muestra en su escrito de reclamación su disconformidad con este diagnóstico dado que “la bolsa estaba rota doce horas antes de la cesárea”.

Sobre este punto, los informes médicos incorporados al expediente coinciden al considerar que el embolismo de líquido amniótico “es una complicación muy rara pero habitualmente catastrófica del embarazo y parto, que consiste en la irrupción brusca de líquido amniótico, en cantidad abundante, en la circulación materna provocando una obstrucción en los pequeños vasos pulmonares, es decir, un auténtico embolismo pulmonar. (...) la mortalidad materna está en torno al 61-86% de las pacientes sintomáticas. Del escaso porcentaje de supervivientes, sólo en un 15 % se comprueba la ausencia de secuelas neurológicas”. En relación a su sintomatología, consideran que son precisamente los síntomas y la evolución de la enfermedad los elementos básicos del diagnóstico, que en pacientes que sobreviven será necesariamente de presunción, porque “el diagnóstico de certeza sólo puede hacerse durante la necropsia al demostrar células escamosas y otros elementos (lanugo, vermix, meconio) en los pequeños vasos pulmonares”. Los doctores rrrr y bbbbb concluyen que “tanto la gravedad de la clínica acontecida durante la cesárea (parada cardiorrespiratoria) como la existencia de una coagulopatía de consumo, unido a la ausencia de patología médica concomitante, hacen muy seguro el diagnóstico de embolismo de líquido amniótico”. En concreto, a la argumentación de la interesada responde el informe del Servicio de Anestesia del hospital, de 22 de junio de 2004, cuando manifiesta que “las embolias de líquido amniótico se pueden producir hasta 48 horas después del parto, sin que tenga nada que ver el que la bolsa esté rota o el que la placenta haya sido expulsada o no”.

En relación con el hematoma sufrido, la interesada considera que “tanto en la TC como la RM se observa sangre subdural en diferentes localizaciones y de etiología traumática; esto quiere decir que es consecuencia de las maniobras de resucitación así como de la desfibrilación”; sin embargo, el informe de la inspección médica considera que “el TAC y RMN realizados posteriormente evidencian un hematoma cerebral pero no de origen traumático por las maniobras de resucitación cardiopulmonar sino probablemente por el cuadro de CID (coagulación intravascular diseminada) que presentó la paciente (...) su manejo es difícil y está basado en la reposición de los factores consumidos, con transfusiones de plasma fresco congelado y concentrado de hematíes, aparte de un tratamiento específico para la causa que lo ha desencadenado”. Estas



últimas actuaciones son precisamente las que se adoptaron en el mismo momento de desencadenarse la parada cardiorrespiratoria, cuya causa más probable es la coagulopatía de consumo provocada, a su vez, por el embolismo de líquido amniótico, coagulopatía causante también del hematoma subdural, con las secuelas neurológicas asociadas.

Por su parte, el informe del Servicio de Anestesia de 22 de junio de 2004 concluye al respecto que “ni en el informe del TAC ni en el de la resonancia magnética se dice que el hematoma cerebral sea de origen traumático (...). No está descrito que como consecuencia de las maniobras de resucitación o de la desfibrilación se produzcan hematomas cerebrales, y menos de causa traumática”.

Estas secuelas neurológicas fueron atendidas por los Servicios de Neurología y de Psiquiatría del Hospital hhhhh de xxxxx. Con fechas 4 y 5 de agosto de 2003 recibe las altas hospitalarias de los Servicios de Neurología y Ginecología.

Con posterioridad al alta hospitalaria, la situación de la paciente, como consta en el informe de la inspección médica, es como sigue:

“(...) ha seguido revisiones periódicas en neurología donde ha sido dada de alta con secuelas leves de los procesos clínicos padecidos con discretas alteraciones amnésicas y posible componente funcional.

»Igualmente ha sido dada de alta en psiquiatría donde se la trató de forma ambulatoria por anomalías del comportamiento no justificadas por la leve encefalopatía postanóxica y disminución de la memoria reciente con síntomas leves de desorientación.

»Por los procesos establecidos ha precisado una baja laboral de 370 días y por las secuelas restantes a todo su proceso se la remitió al Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral, donde se cree que no ha acudido”.

En definitiva, se ha de concluir que en todo momento han existido unas actuaciones conforme a la *lex artis ad hoc*, produciéndose una complicación no deseada durante la evolución del parto –embolia de líquido amniótico–, que ha determinado, desgraciadamente, una serie de secuelas neurológicas. Ello no



determina la obligación de la Administración de indemnizar, en la medida en que no ha existido la infracción de dicha *lex artis*, que, tal y como manifiesta la consolidada línea jurisprudencial citada al inicio de las consideraciones que este Consejo ha formulado, es el condicionante para que, en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, la Administración se vea obligada a responder.

**6ª.-** La paciente, además de continuar con los tratamientos en la sanidad pública, decide acudir a la sanidad privada a partir del 22 de agosto de 2003, dado que, según sus propias manifestaciones, "su mejoría no era todo lo satisfactoria que debiera y que en la seguridad social se me negaba un tratamiento adecuado a mis padecimientos, mandándome a casa sin ningún tipo de de tratamiento médico, farmacéutico o rehabilitador, habiéndome dado el alta en los servicios de ginecología, neurología y psiquiatría". En lo relativo a la solicitud de indemnización de los gastos que ha tenido la paciente en la sanidad privada, se ha de examinar si como consecuencia del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, se ha producido en este supuesto el daño alegado (es decir, el perjuicio económico resultante de acudir al tratamiento en centro privado).

Pues bien, desde esta perspectiva, comparte el Consejo Consultivo la propuesta desestimatoria, por considerar que no concurren en el presente caso los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, puesto que en ningún momento ha existido denegación injustificada de asistencia y las revisiones en la sanidad pública no finalizaron cuando la paciente fue recibiendo las altas en los distintos servicio o Unidades donde había sido tratada, como lo demuestran los informes de psiquiatría de 4 de agosto de 2003, cuando indica "seguirá revisiones semanales en psiquiatría", y de neurología (de la misma fecha ), al señalar que "solicitará revisión en la consulta de neurología dentro de aproximadamente un mes".

A mayor abundamiento de lo expuesto, el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento recibido en el Centro ppppp no son distintos a los que venía recibiendo en la sanidad pública.

En definitiva, a la vista de las circunstancias del presente caso, cabe entender que ha existido una asistencia sanitaria ajustada a los estándares de actuación razonablemente exigibles, sin que pueda imputarse causalmente al



funcionamiento de la Administración el abandono de los servicios públicos sanitarios por la interesada y, en consecuencia, el daño cuyo resarcimiento se pretende.

Todo ello sin negar, obviamente, el legítimo derecho de la paciente a acudir a la sanidad privada, en cuyo caso las consecuencias económicas de tal decisión no pueden ser trasladadas, sin más, a la Administración titular del servicio sanitario público.

En este mismo sentido se ha pronunciado el Consejo de Estado en el Dictamen 2.850/2003, de 30 de octubre, así como este Consejo Consultivo en el Dictamen 145/2004, de 31 de marzo.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la 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 a la interesada, 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 no deberían 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 por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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