



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero y

Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 30 de marzo de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxxx y Dña. zzzzzz*, 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 28 de febrero 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. xxxxxxxx y Dña. zzzzzz, representados por D. yyyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 2 de marzo de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 255/2006, 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. Madrid López.

Primero.- Dña. zzzzzz, nacida el 28 de octubre de 1985, inició controles tocológicos el 12 de julio de 2002 al haberse quedado embarazada de su primer



hijo con una gestación de 8⁺² de evolución, controles que continúan periódicamente y con normalidad.

La fecha probable de parto que se hace constar en la cartilla de seguimiento del embarazo es el 23 de febrero de 2003. El 21 de febrero de 2003 la interesada acude a consulta de tocología del centro de salud fuera de hora por referir molestias; previamente, la noche entre el 11 y 12 de febrero de 2003 acude al Hospital hhhhh, donde se realiza estudio cardiotocográfico en el que no se aprecia pérdida de bienestar fetal. En el momento de esta consulta la embarazada se encuentra en la 39⁺⁵ semana; la exploración, los movimientos fetales y el latido fetal son positivos y la posición fetal es cefálica. En esta consulta se recomienda acudir al hospital si continúan las molestias, indicándose que la paciente está controlada con basales desde el 6 de febrero de 2003.

El 23 de febrero de 2003 la interesada acude al Hospital hhhhh, realizándosele nuevo control cardiotocográfico que resulta no estresante, siendo remitida a su domicilio.

El día 26 de febrero de 2003 vuelve a acudir al mismo hospital sobre las 15:25 horas por notar dinámica uterina desde por la mañana con frecuentes contracciones. En la exploración, la frecuencia cardiaca fetal es positiva, la tensión arterial es de 137/91, la temperatura de 36,6° C y en el tacto vaginal se aprecia un cuello posterior casi borrado con un centímetro de dilatación, estando la bolsa íntegra; la presentación es cefálica sobre estrecho superior. A las 15:40 horas se solicita estudio analítico sanguíneo y se inicia monitorización cardiotocográfica. A las 16:07 horas se da aviso al ginecólogo de guardia por aparecer bradicardia fetal en los registros, indicando aquél la realización de cesárea urgente. Entra en quirófano a las 16:30 horas. La intervención la realiza el Dr. pppppp, que practica incisión de segmento inferior uterino, extrayendo una hembra envuelta en "líquido en puré de guisantes"; el alumbramiento es manual y se finaliza la intervención a las 17:20 horas mediante sutura de útero en dos capas y cierre por planos.

La recién nacida es examinada por los pediatras, encontrándose en apnea, hipotónica e hiporrefléxica con latido cardiaco muy lento, con la piel teñida de meconio así como el cordón. Se prepara para intubar aspirando previamente orofaringe, no aspirándose tráquea por estar la epiglotis abierta y



no haber secreciones a la vista. La recién nacida se intuba y se ventila con ambú y oxígeno al 100% sin conseguir remontar la situación, por lo que se administra una primera dosis de adrenalina endotraqueal. Continúa con la ventilación sin mejoría, por lo cual se decide sustituir el tubo endotraqueal aspirando otra vez orofaringe y viendo glotis abierta se introduce de nuevo el tubo, se vuelve a ventilar con ambú y oxígeno al 100% y se administra otra dosis de adrenalina sin mejoría. Se realiza masaje cardiaco durante unos minutos y ante la falta de respuesta se administra adrenalina intracardiaca. Finalmente, una vez pasados 10 minutos sin remontar la situación y aunque se continúa 5 minutos más la ventilación, es exitus, siendo comprobada la permeabilidad de coanas y esófago. Comunicado el fallecimiento de la recién nacida a los padres, se les aconseja la práctica de estudio necropsia, que finalmente deciden no realizar.

Segundo.- El 25 de febrero de 2004, D. yyyyyy, en representación de D. xxxxxxx y Doña. zzzzzz, solicita el inicio de expediente de responsabilidad patrimonial de la Administración por el defectuoso funcionamiento del servicio sanitario. En la tercera alegación señala lo siguiente.

“Si tenemos en cuenta que mi mandante era primigesta, de diecisiete años de edad, que ya el Centro de Atención Primaria el día 21 de Febrero de 2003 le habían indicado que acudiese al Hospital si continuaban las molestias que ya en esa fecha presentaba, que estaba controlada por basales desde el 6 de Febrero, cuando compareció el día 23 de Febrero en el Hospital y se la envió para su domicilio se creó una situación de riesgo en la paciente y en su hija que desembocó en el problema que se presentó el día 26 de Febrero, que fue una situación de insostenibilidad y que obligó a Doña zzzzz a acudir al Hospital nuevamente, que se detectase un sufrimiento fetal que no se detectó antes o que surgió tras la última visita, que hubiese que realizar cesárea y que tras el sufrimiento se produjese el fallecimiento de la recién nacida.

»Si se hubiese actuado con la prudencia aconsejable y atendido las demandas de auxilio de Doña zzzzz desde que el día 23 de Febrero buscó el auxilio del Hospital, tras haber acudido ya antes, el día 21 y anteriores a su Centro de Salud, la situación de sufrimiento fetal se hubiese podido evitar, o se hubiese detectado antes y no se habría producido el fallecimiento”.



Indica asimismo que en el Juzgado de Instrucción nº x de xxxxxx se instruyen Diligencias Previas xx/x por los hechos a los que se refiere la reclamación.

Tercero.- Consta en el expediente diferente documentación, de entre la que cabe destacar:

- Documentos relativos a la historia clínica.
- Informe del Dr. ppppp, Jefe de Sección del Servicio de Obstetricia, de 7 de marzo de 2003, que practicó la cesárea a la paciente.
- Informe de la Dra. rrrrr, médica adjunta del Servicio de Pediatría del Hospital hhhhh, de 7 de marzo de 2003.
- Informe de la Inspección Médica de 25 de febrero de 2005, con las siguientes conclusiones:

“- El primer embarazo de Dña. zzzzzz estuvo controlado habitualmente desarrollándose de forma normal y siendo la fecha probable de parto que se hizo constar en la cartilla de seguimiento de maternidad el 23/2/2003, estando el periodo de embarazo a término comprendido entre dos semanas antes y dos después de esta fecha.

»- El día 23/2/2003, fecha en la que la gestante acude al Hospital hhhhh, no se había producido el inicio del trabajo activo de parto siendo realizado control cardiotocográfico en el que no se detecta pérdida del bienestar fetal, por lo que la actuación de no realizar ningún tipo de intervención tocológica y programar nuevo control de no haberse desencadenado el parto antes se considera una actuación correcta.

»- El día 26/2/2003, un día antes del control que según el escrito de reclamación tenía programado, la paciente ingresa en Hospital hhhhh con cuello borrado y dilatación de un cm bolsa íntegra y refiriendo haber iniciado dinámica uterina, es decir con síntomas de inicio del parto. Realizándose registro cardiotocográfico que durante un periodo inicial de 25-30 minutos es normal presentando en este momento desaceleraciones en la frecuencia fetal que valoradas por especialista de guardia se interpretan como



sugestivas de sufrimiento fetal indicando cesárea urgente, cesárea que se realiza sobre unos 25 minutos después de producirse las desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Considerándose la actuación realizada correcta”.

- Informe de los Drs. vvvvvv y bbbbbb, especialistas en Obstetricia y Ginecología, de 19 de abril de 2005, con estas conclusiones:

»1. En la muerte fetal tardía no es posible comprobar causa aparente en el 25-35% de los casos.

»2. El control prenatal fue correcto, y cursó sin alteraciones.

»3. En el control del día 23 de febrero se constató normalidad de las pruebas de bienestar fetal y que el parto no se había iniciado.

»4. El control de bienestar fetal anteparto fue normal, tanto en la frecuencia de las exploraciones, como en sus resultados.

»5. Los registros cardiotocográficos preparto tienen una baja sensibilidad para predecir el estado fetal.

»6. El control fetal, una vez iniciado el parto, fue correcto hasta que tiene lugar una caída de la frecuencia cardíaca fetal que indica la realización de una cesárea urgente. No disponemos de estos registros, pero, según los protocolos actuales, una bradicardia fetal mantenida intraparto, es indicación de extracción fetal inmediata.

»7. No existen datos en la historia clínica que informen de accidentes obstétricos graves que pudieran relacionarse con hipoxia aguda de suficiente gravedad como para explicar la muerte posterior (desprendimiento de placenta, rotura uterina, nudo verdadero de cordón).

»8. El fallecimiento postnatal inmediato, atribuido, desde el punto de vista clínico a una hipoxia grave, no pudo ser comprobado por necropsia al no dar la familia consentimiento para ello.



»9. Aceptando la hipoxia como la causa de la muerte postnatal en este caso, solo la imperfección de las pruebas de control ante e intraparto, o la existencia de lesiones fetales originadas en épocas muy anteriores al inicio del parto, y hoy por hoy, no diagnosticables, podrían explicar lo ocurrido.

»10. Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*, no existiendo indicios de mala praxis”.

En el párrafo previo a estas conclusiones, se señala lo siguiente:

“Un último comentario sobre el caso; en general, la existencia de una hipoxia de suficiente gravedad como para provocar lesiones fetales graves, incluso muerte, suele estar relacionado con accidentes obstétricos muy graves y llamativos, tales como la existencia de un desprendimiento de placenta, una rotura uterina, un nudo verdadero de cordón, etc; es por ello que podemos calificar como sorprendente lo ocurrido en este caso, pues no hay constancia de ninguna patología anteriormente referida”.

- Documentación relativa a las Diligencias Previas xx/x, que concluyeron con Auto de 3 de julio de 2003 del Juzgado de Instrucción nº x de xxxxxx, acordando el sobreseimiento provisional y el archivo de la causa, el cual fue confirmado por Auto, de 21 de octubre de 2004, de la Audiencia Provincial de xxxxx. En este último Auto, se transcribe el informe médico-forense, que finaliza del siguiente modo:

“Consideraciones médico-forense

»1. Los controles practicados a lo largo del embarazo se consideran correctos, no existiendo ningún dato que haga sospechar patología fetal o materna.

»2. Los controles cardiotocográficos se consideran normales, exceptuando el último practicado, motivo por el cual se provoca el parto.

»Conclusión medido-forense (sic)



»Considero que los datos que existen en la historia clínica examinada, se ajustan a una praxis médica correcta”.

El fundamento jurídico quinto de dicho Auto dice así:

“No apreciamos nosotros que los profesionales sanitarios que en el caso han intervenido incurrieran en ninguna omisión relevante ni se apartaran de la praxis médica correcta y habitual en estos casos, sin apreciar en su actuación desidia, desatención u omisión de norma alguna de cuidado que les fuera exigible, no pudiendo reprocharse a dichos profesionales no haber detectado una patología previa o sufrimiento fetal que ni siquiera consta existiera”.

- Informe médico forense, de 29 de mayo de 2003, ya citado.

Cuarto.- Tras practicarse el trámite de audiencia el 19 de octubre de 2005, el letrado de los reclamantes presenta escrito de alegaciones en el que reitera su solicitud, aludiendo al informe de los Drs. vvvvvv y bbbbbb en el párrafo en que califican el caso como sorprendente. Las alegaciones concluyen:

“Es decir, los propios Peritos Médicos de la Aseguradora encuentran difícil justificación a lo sucedido aunque lo que sí parecen desechar es la existencia de un accidente obstétrico grave que pueda explicar el fallecimiento posterior.

»Por tanto, esta parte sigue considerando que hubo falta de diligencia en la asistencia prestada a Doña zzzzzz en el Hospital hhhhh, entre los días 23 y 26 de Febrero de 2.003, en la toma de decisiones, que fueron retrasando el nacimiento de la hija de mis representados y que culminó con el fallecimiento de la recién nacida.

»Resulta cuando menos llamativo el hecho que los Peritos Médicos de zrrzrr indiquen que en la documentación analizada no constan las visitas efectuadas al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh por Doña zzzzzz entre los días 23 y 26 de Febrero de 2.0033 (sic), ni siquiera son contempladas en el escrito de Inspección, cuando el día 23 de Febrero de 2.003 se le efectuó un registro y se la envió a su domicilio con cita para el día 27 de Febrero, tal y



como consta en el procedimiento penal, a la que, evidentemente, no llegó al producirse el fatal desenlace el día 26 de Febrero”.

Quinto.- Con fecha 30 de enero de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Sexto.- El 9 de febrero 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, sustancialmente, 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 parte 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 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, nexos 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.

Los interesados han 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.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte sustancialmente el criterio de la propuesta de resolución de 30 de enero de 2006 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho III, que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

Previamente cabe señalar, respecto a la alegación de la parte reclamante relativa a la no constancia de visitas efectuadas al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh entre los días 23 y 26 de febrero de 2003, que no ha de tenerse en consideración, puesto que no hay datos que permitan dudar de que la historia clínica esté completa.

Este Consejo considera que la propuesta ha hecho una correcta aplicación al caso de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría 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). 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, la 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, conduce a la desestimación de la solicitud de D. xxxxxxxx y Dña. zzzzzz.

De la documentación obrante en el expediente se desprende, a juicio de este Consejo Consultivo, que no hay prueba suficiente para considerar infringidos los parámetros entre los que se desenvuelve la *lex artis*, pese a que la hija de los reclamantes falleciera poco después de nacer. Esto es así, pues los informes de la Inspección Médica, de 25 de febrero de 2005, de los Drs. vvvvvvv y bbbbbbb, de 19 de abril de 2005, y del médico forense, de 29 de mayo de 2003, en ningún momento aprecian incorrecta praxis en la asistencia prestada, pudiendo considerarse que la muerte de la recién nacida se produjo por una causa desconocida, con un posible origen en lesiones fetales muy anteriores al parto, que no serían diagnosticables con los medios técnicos actuales, o por alguna otra causa, de cualquier modo no detectada por las pruebas de control, todo ello pese a la correcta aplicación de las mismas.

Todo ello nos permite concluir que no hay pruebas que conduzcan a considerar con una mínima seguridad que se infringió la *lex artis ad hoc*, como ya se ha señalado, procediendo, en consecuencia, desestimar la reclamación formulada.



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 D. xxxxxxxx y Dña. zzzzzz, representados por D. yyyyyy, 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.