

Expediente Núm. 185/2006
Dictamen Núm. 192/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de septiembre de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 4 de julio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña por la incorrecta asistencia sanitaria dispensada por el Hospital

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de mayo de 2005, doña presentó ante la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la incorrecta asistencia sanitaria dispensada en el Hospital, lo que condujo a la muerte de su hija neonata.

Inicia su relato indicando que “estaba siendo controlada en el Hospital

..... por el embarazo de su primer hijo; como circunstancias relevantes tenemos que se trata de una madre primigesta de 45 años de edad; la prueba de amniocentesis fue normal y el resto de pruebas practicadas en los controles rutinarios también./ El alumbramiento se produjo el 14-06-2004 en el Hospital, a las 12 horas mediante cesárea; el motivo de la cesárea fue el desprendimiento de placenta; la niña, nacida viva sufrió, entre otras, una intensa falta de oxígeno que provocó su fallecimiento en la Unidad de Neonatología a las 9.15 horas del 16 de junio”.

Continúa relatando que “los síntomas del desprendimiento prematuro de placenta comienzan de forma inequívoca cuando la paciente está en la sala de monitores, sobre las 10,30 horas de la mañana, con sudores fríos, falta de color -hemorragia- y malestar. Primero lo tratan como un simple mareo./ Incluso cuando va al baño, la propia paciente se da cuenta que tiene una hemorragia; deciden que debe ir a Urgencias -aunque está en Maternidad- para lo que tiene que esperar otros quince minutos a que llegue un celador con una silla de ruedas./ En Urgencias debe pasar todo el proceso de admisión, llega a Ginecología, monitorizan, se detecta sufrimiento fetal y realizan cesárea urgente. Los daños de la hija son tan severos que fallece a las 46 horas”.

Sobre la responsabilidad de la Administración sanitaria señala la reclamante que “la mortalidad perinatal depende fundamentalmente del diagnóstico rápido y de la realización de una cesárea inmediata”, y que la “falta de rapidez en tratar el problema impidió evitar que se instaurara y prolongara en el tiempo el sufrimiento fetal, que finalmente provocaría unas lesiones incompatibles con la vida./ Y esta es la causa de la reclamación”.

Después de citar, en apoyo de su pretensión, los fundamentos legales que considera aplicables, señala la reclamante que “evalúa económicamente el daño producido por la privación de una asistencia sanitaria correctamente prestada en la muerte de la hija (...), a las 46 horas de su nacimiento; siendo la única hija; y posiblemente, por razones de edad, con mucha dificultad para volver a gestar; en la cantidad de ciento veinte mil (120.000) euros”.

Termina su escrito proponiendo los siguientes medios de prueba: “a)

Unión al expediente de los documentos aportados junto a este escrito, remisión de una copia de la historia médica del paciente desde el Hospital / b) Informe del jefe de servicio médico responsable de la atención del paciente sobre los hechos objeto de reclamación (...)/ c) Unión de los documentos presentados junto a este escrito”.

A medio de Otrosí, solicita la reclamante que se le remita “la comunicación prevista en el art. 42.4 de la LRJAP y PAC, comprensiva de la fecha en que la solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación de los procedimientos y los efectos que pueda producir el silencio administrativo” y que se le notifique “la existencia de contrato de seguro de responsabilidad civil y su contenido”.

Junto con la reclamación, la interesada presenta un informe del Servicio de Pediatría del, de fecha 16 de junio de 2004, y, aunque afirma que acompaña también como documento núm. 2 un escrito anterior de “queja”, lo cierto es que tal escrito no aparece incorporado al expediente con la reclamación. No obstante, una copia del mismo y su tramitación figuran como parte de la documentación obrante en el Servicio de Atención al Paciente del mismo

2. Mediante escrito, fechado el 10 de junio de 2005 y recibido el día 17 del mismo mes, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante SISPPSS) comunica a la interesada la incoación del oportuno expediente. No se le informa del plazo máximo para dictar resolución, ni de los procedimientos y efectos del silencio administrativo.

3. Al expediente se han incorporado las historias clínicas de la reclamante y de su hija y copia del escrito de “queja” presentado por aquélla ante la Dirección del con fecha de registro de entrada de 2 de noviembre de 2004. En él, la interesada relata que “estando en la sala de espera empiezo a encontrarme muy mal, cada vez peor, a punto de perder el conocimiento: sudor frío, falta de

color, malestar (...). Mi acompañante lo comunica en monitores y me hacen pasar (...) a que se me pase el mareo, sin que nadie se ocupe de mí, ni se me ponga un monitor. Cada vez me encuentro peor, me levanto al baño y veo que he roto aguas y que éstas son muy densas y oscuras. Lo digo allí y me dicen que debo ir a Urgencias a ingresar, que si me siento con ánimos de ir caminando". Continúa la reclamante señalando la tardanza en atenderla, sin llevarla al Servicio de Ginecología: "cuando entro allí (en dicho Servicio), ya con hemorragia externa, se me coloca un monitor y se detecta una bradicardia en mi hija. Se me sube a la 2ª planta y se me realiza una cesárea urgente. Diagnóstico: desprendimiento de placenta. Consecuencias: mi hija nace prácticamente muerta por aspiración de meconio. Se reanima y muere a las 46 horas". El escrito es de queja por el trato y la atención dispensada y por la pérdida de tiempo que supuso la tardanza en el diagnóstico con un traslado innecesario al Servicio de Urgencias. La hoy reclamante sólo solicitaba en este escrito anterior una explicación de lo ocurrido.

En dicho expediente figura un informe suscrito el día 15 de noviembre de 2004 por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, y que es de respuesta al escrito de "queja" de 2 de noviembre de 2004. En él, tras señalar que según los protocolos médicos actuales la edad materna mayor de 35 años asociada a primiparidad no requiere un seguimiento de "EAR" (embarazo de alto riesgo), añade que "el 24 de mayo (de 2004) antes de la 40 semana y antes de tiempo por presentar patología de riesgo medio (primiparidad añosa) se le remitió a consulta de embarazo prolongado, no a monitores. En la consulta de embarazo prolongado se realiza una monitorización antenatal con perfil biofísico y exploración, todo ello en la unidad 2ª impar; nuevamente se le vuelve a citar en consulta de embarazo prolongado sin estar cumplida el 3 de junio y nuevamente en la semana 40⁺³ y en la 41⁺⁰ (14 de junio)./ El 14 de junio -41⁺⁰ semanas de gestación- se le presenta a Ud. una incidencia que después de ser evaluada en el Servicio de Urgencias se diagnostica de desprendimiento prematuro de placenta. El desprendimiento prematuro de placenta tiene una frecuencia de 0,25 - 1% con una posibilidad de repetición del 5 al 10%. Puede

sucedir en cualquier momento del embarazo, siendo más frecuente en la 2ª mitad del embarazo. La mortalidad perinatal está entre el 50 y el 100%./ La prevención del desprendimiento prematuro de placenta es imposible”.

4. El día 28 de junio de 2005 se elabora el Informe Técnico de Evaluación por el Inspector del SISPPSS designado al efecto. En dicho informe, una vez constatada la realidad del fallecimiento, se señala que el 14 de junio “ingresa a través de Urgencias con impresión diagnóstica de desprendimiento prematuro de placenta”, y que, “a diferencia de lo sostenido en la reclamación, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia no considera la edad materna superior a 35 años asociada a primiparidad causa de calificación de un embarazo como alto riesgo. En este caso, en el curso de un embarazo con todos los controles normales, estando siendo objeto de control por la Unidad de embarazo prolongado, en la semana 41+0, presentó un desprendimiento prematuro de placenta. Desde que se inició el cuadro, 10,30 h. según la propia reclamante, hasta que llegó a quirófano (11,40 h.) transcurrió poco más de una hora”. Finalmente, el informe técnico de evaluación se pronuncia a favor de la desestimación, al entender que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

5. Con fecha 8 de agosto de 2005, la asesoría médica elabora un dictamen médico, a instancia de la compañía de seguros del Principado de Asturias. En el mismo se analizan las dos cuestiones que, según señala, plantea la reclamante: por un lado, el “manejo de la gestación hasta el día 14/6/04” y, por otro, los “hechos ocurridos el día 14/6/04”.

Con relación a la primera cuestión -que, en puridad, había sido planteada en el primer escrito de “queja” y no en el de reclamación propiamente dicho- recoge el dictamen que, según la reclamante, su edad (44 años) “era un criterio suficiente como para calificar su gestación como de alto riesgo, debiéndose haberse interrumpido sin dejar llegar a edades gestacionales por encima de las 42 semanas”. Sin embargo, apunta dicho informe, “los actuales protocolos

(Gestación cronológicamente prolongada. Protocolo Asistencial. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2003) preconizan una inducción en los días previos o justo en la semana 42 para prevenir consecuencias perinatales derivadas de la prolongación anormal de la gestación”, por lo que concluye indicando que “la actitud de dejar evolucionar la gestación hasta la semana 41 es correcta y adecuada a los actuales protocolos asistenciales, dado que una edad materna de 44 años, como factor de riesgo, se relaciona fundamentalmente con una mayor incidencia de abortos y cromosomopatías fetales, circunstancias que no concurren en este caso. Tomado como criterio único, no justifica el adelantamiento del parto”.

Sobre los hechos ocurridos el día 14 de junio de 2004, se señala que “consta una llegada a Urgencias ese día siendo el motivo anotado el de salida de líquido verde (...) (meconio) sin que se especifique ningún otro síntoma acompañante (...); hoy en día conocemos que la presencia de meconio puede ser un hecho fisiológico durante el parto, de hecho aparece en más del 25% de ellos, y su sola presencia no justifica una interrupción inmediata del parto (...). Es al hacer la ecografía cuando se diagnostica una bradicardia fetal mantenida, siendo ésta la indicación de la cesárea”. Se añade que “está suficientemente documentada la tendencia de la gestante a síncope y crisis de hipotensión derivados de los cambios fisiológicos (...), por lo que no creemos que sea un grave error pensar en este hecho ante una gestante a término con la sintomatología referida por (la reclamante), sin metrorragia ni dolor abdominal/. También se ha señalado cuál es la sintomatología típica de un desprendimiento, siendo la hemorragia genital el dato más frecuente (80%); en este caso, existen dudas al respecto, pues (la reclamante) habla de salida de líquido denso y oscuro, y en Urgencias se anota líquido verdoso, sin que en la exploración se objetivara hemorragia alguna. Asimismo, otro de los síntomas más frecuentes, y a la vez llamativo, el dolor (...), no aparece reflejado ni por (la reclamante) ni en el informe de Urgencias. Podemos concluir definiendo la sintomatología existente como muy atípica”.

Como consecuencia de todo ello, finaliza el dictamen médico enunciando, entre otras, las siguientes conclusiones: “La existencia de un abruptio de placenta es, en este caso, una circunstancia no previsible, dado que no concurren ninguno de los factores de riesgo más frecuentemente asociados (hipertensión, traumatismo) (...). Una edad materna de 44 años, como dato aislado, no justifica la interrupción de la gestación antes de una prolongación anormal de la misma (...). El control del bienestar fetal anteparto fue correcto (...). Dada la sintomatología que (la reclamante) presentó en un primer momento (mareo, sudor frío, palidez) es razonable pensar en un cuadro sincopal, tan frecuente en las gestantes. No existieron síntomas característicos del desprendimiento (dolor y metrorragia) (...). En la hoja de Urgencias se señala la existencia de meconio, sin que se describan otros síntomas (no metrorragia no dolor abdominal) (...). Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*, no existiendo indicios de mala praxis”.

6. Evacuado el trámite de audiencia con vista del expediente mediante oficio fechado el día 7 de septiembre de 2005, la reclamante presentó, el día 27 de septiembre de 2005, un escrito de alegaciones en el que señala que “se centra la reclamación de la compareciente en el precioso tiempo perdido desde que aparecen los síntomas del desprendimiento de placenta hasta que se realiza la cesárea de urgencia”, reiterando que “los hechos consisten en que los síntomas propios de un grave problema, entre los que puede estar el desprendimiento de placenta, aparecen en la sala de monitorización; que (...) no había ningún médico allí para valorar la situación y se le manda a Urgencias (...)./ A la entrada de Urgencias el diagnóstico es (...) inequívoco para los servicios sanitarios `gestante cumplida, rotura de bolsa`, folio 73 del expediente. Lo cual supone un error tan grave sobre lo que realmente estaba sucediendo que explica la falta de rapidez en todo el proceso./ Se confundió un desprendimiento de placenta con una rotura de bolsa; diagnóstico que venía hecho por personal de enfermería (...); diagnóstico que no se revisa y no se descubre hasta la práctica de la cesárea (...)./ El peregrinaje a la sala de

Urgencias, perdiendo una hora de tiempo es injustificable (...)./ Además, el diagnóstico de bradicardia podía haberse (hecho) de forma más temprana si en vez de suspender la monitorización para el traslado a Urgencias (con espera de 15 minutos incluida al celador), hubiera sido vista por un médico y realizado la monitorización sin necesidad de traslado alguno”.

Finalmente, indica la reclamante que “se hace necesario que por el Sr. instructor se investigue lo sucedido en la sala de monitorización; se hace necesario tomar declaración o informe al personal que intervino a fin de conocer la cualificación del personal que la atendió; los síntomas que presentaba la paciente y los tiempos en los que se desarrollaron los hechos”.

7. El día 16 de enero de 2006 el instructor elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que “la actuación médica fue correcta y adecuada a la *lex artis*, puesto que el daño objeto de reclamación -fallecimiento del neonato- constituye la materialización de un riesgo inevitable e impredecible a toda gestación, ya que, el desprendimiento de placenta es imprevisible, y en contra de lo alegado en el escrito de reclamación, tanto el seguimiento de la gestación en la sanidad pública, como el manejo de la complicación fue correcto en todo momento”. Sobre el seguimiento de la gestación, señala la propuesta que “los únicos factores de riesgo que presentaba la paciente para que se produzca un desprendimiento de placenta eran su condición de primípara y la edad (44 años), que por sí solos carecen de entidad suficiente como para prever su presentación” y que por tanto “los controles realizados desde que acudió a la sanidad pública, en la semana 37, fueron correctos”.

En relación con el tratamiento de la complicación y el error que alega la reclamante sobre el diagnóstico, señala que “no queda acreditado que presentara hemorragia alguna, sino que únicamente se observa meconio, y por tanto, el diagnóstico de rotura de aguas era acorde a la sintomatología que presentaba (...). Es decir, no existían datos que hicieran presumir a los facultativos la existencia de un desprendimiento de placenta, y por tanto, en

ese momento era correcto el diagnóstico de rotura de aguas en función de la clínica que presentaba la paciente, sin que se apreciaran síntomas típicos del desprendimiento, como son el dolor y la hemorragia”.

Concluye la propuesta señalando que “el fallecimiento (...) es consecuencia directa del desprendimiento de placenta (...), patología imprevisible conforme al conocimiento científico actual, ya que, se manifestó de forma atípica, no siendo posible diagnosticarlo hasta la realización de cesárea, y, en consecuencia, el daño reclamado no guarda relación con la asistencia sanitaria prestada, que en todo momento se ajustó a la *lex artis ad hoc*, y por tanto, no puede tildarse de antijurídico”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 27 de enero de 2006, registrado de entrada el día 31 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias, objeto del expediente, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el original.

9. El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de marzo de 2006, dictamina que debe retrotraerse el expediente, a fin de que se incorpore el informe del servicio responsable de la prestación sanitaria y se resuelva lo que proceda sobre la prueba interesada por la reclamante.

10. Con fecha 18 de abril de 2006, el instructor del procedimiento se dirige a la Gerencia del Hospital solicitando el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

11. Con fecha 28 de abril de 2006, el Gerente del Hospital..... remite al instructor el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Toco-Ginecología, de

fecha 27 de abril de 2006, que indica, sobre lo acontecido en la sala de monitores, lo siguiente: “cuando la enferma está esperando para realizar monitores en la sala de espera presenta cuadro de lipotimia por lo que se le pasa a sala de monitores y se la sienta con los pies en alto. La enferma en ese momento expresa su deseo de ir al baño y comprueba que ha rota la bolsa y las aguas son densas y oscuras. Se llama a un celador para que la traslade en silla de ruedas al Servicio de Urgencias ginecológicas (...)./ Al llegar al Servicio de Urgencias de ginecología se comprueba que la enferma tiene una hemorragia y con diagnóstico de sospecha de pérdida de bienestar fetal (SPBF) y pensando que está producido por un desprendimiento prematuro de placenta (DPPNI) se realiza cesárea extrayendo feto hembra viva que pasa a Pediatría”.

Razona a continuación el informante que, “si la enferma entrega según sus notas a las 10,30 horas la tarjeta en monitores, se sienta a esperar en la sala de espera y después de producirse el mareo, la reanimación del mareo, la rotura de bolsa, la espera del celador, la bajada a Urgencias, el paso por admisión y por cribaje y desde allí a Urgencias de ginecología y desde allí a la 2ª planta y desde ésta al quirófano y la RN nace a las 12 horas, yo creo que los tiempos transcurridos son mínimos (...). La paciente como consta en sus primeros escritos no presentó hemorragia hasta llegar al Servicio de Urgencias ginecológicas./ Previamente al romper bolsa solamente apreció según en su carta al Gerente aguas densas y oscuras”.

12. Con fecha 5 de mayo de 2006, el instructor acuerda la apertura de un nuevo trámite de alegaciones, por plazo de quince días; trámite que se notifica a la interesada el día 13 de mayo de 2006.

13. El día 16 de mayo de 2006 la reclamante toma vista del expediente y, en esa misma fecha, se le hace entrega de una fotocopia de los folios 149 a 229, según consta en la diligencia incorporada al mismo.

14. Con fecha 26 de mayo de 2006, aparentemente registrado ese mismo día, la reclamante presenta un escrito de alegaciones, señalando que considera “fundamental que se siga investigando qué ocurrió en la sala de monitorizaciones el 14-06-2004, sobre todo cuando ya se acepta que se confundió un desprendimiento de placenta con un síncope por rotura de bolsa./ Se intenta justificar dicha confusión en que los síntomas que presentaba la paciente eran muy atípicos (...). Para ella es fácil confundir los términos médicos, hablar de encontrarse mal, cada vez peor, puede significar dolor aunque no aparezca dicha palabra en su queja./ Es fácil para ella confundir una hemorragia con una rotura de bolsa. ¿Pero es que nadie cualificado pudo examinar a la paciente para determinar la naturaleza del líquido que expulsaba? ¿Nadie pudo examinar a la paciente por si la palidez, sudor frío, respondía a una hemorragia y no a un síncope?”

Concluye su escrito indicando que “debe identificarse al personal que tuvo relación con la paciente en la sala de monitorización y proceder a su interrogatorio sobre los hechos controvertidos”.

15. Con fecha 7 de junio de 2006 el instructor del expediente acuerda denegar la práctica de la prueba solicitada por la reclamante, por considerar que “la documentación incorporada al expediente administrativo aclara indubitadamente la conducta seguida por el personal que atendió a la paciente en la sala de monitorización siendo irrelevante su identificación y declaración ya que se limitó a efectuar su traslado al Servicio de Urgencias ginecológicas sin hacer otro tipo de exámenes o valoraciones”.

16. El día 9 de junio de 2006 el instructor suscribe una propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reproduciendo los mismos datos y argumentos recogidos en la propuesta anterior, de fecha 16 de enero de 2006, a los que añade los aportados en el informe del “Jefe del Servicio de Ginecología”, de 27 de abril de 2006, ya señalado.

A la vista de todo ello, concluye reiterando las mismas conclusiones expuestas en su propuesta de resolución anterior. En la nueva propuesta se afirma que, “a pesar de la realización de cesárea urgente en cuanto se detectaron los primeros síntomas de patología grave (bradicardia fetal), de forma inevitable, el feto presentó una hipoxia por aspiración de meconio, daño que no puede tildarse de antijurídico por haber resultado inevitable. En definitiva, el fallecimiento (...) es consecuencia directa del desprendimiento de placenta que presentó la (reclamante), patología imprevisible conforme al conocimiento científico actual, ya que, se manifestó de forma atípica, no siendo posible diagnosticarlo hasta la realización de cesárea, y, en consecuencia, el daño reclamado no guarda relación con la asistencia sanitaria prestada, que en todo momento se ajustó a la lex artis ad hoc, y por tanto, no puede tildarse de antijurídico y ha de ser soportado por la reclamante”.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), la interesada está activamente legitimada para solicitar la reparación del daño causado, por

cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que originan la reclamación.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular del servicio frente al que se formula la reclamación.

TERCERA.- La reclamación se presenta dentro del plazo de un año establecido en el artículo 142.5 de la LRJPAC, que dispone que “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 efecto, la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpuso el día 27 de mayo de 2005 y el hecho que la motiva sucedió el día 16 de junio de 2004.

CUARTA.- El procedimiento que rige la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública es el regulado en el Título X de la LRJPAC, desarrollado 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 (en adelante, Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Debemos señalar, en cuanto al plazo de resolución del procedimiento, que se ha excedido el de seis meses establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, puesto que habiéndose registrado

la solicitud en el Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 31 de mayo de 2005, el plazo de resolución y notificación ha sido ya rebasado en el momento de la solicitud de dictamen, que fue registrada en este Consejo Consultivo el día 10 de julio de 2006; plazo que ya se había sobrepasado también en la fecha de la solicitud inicial de dictamen, anterior a la retroacción del procedimiento, que tiene fecha de registro de entrada de 31 de enero de 2006.

Observamos también que sólo de un modo genérico, a través de la referencia a la normativa por la que se iba a regir el procedimiento, se ha dado cumplimiento a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo; extremos cuya comunicación había solicitado expresamente la reclamante. No obstante, nada de todo ello impide la resolución del expediente, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la mencionada LRJPAC.

QUINTA.- 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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, dispone en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”. Por otra parte, el artículo 141 de la Ley citada establece en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las

lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- La interesada funda su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, señalando en su reclamación inicial que “los síntomas del desprendimiento prematuro de placenta comienzan de forma inequívoca cuando la paciente está en la sala de monitores (...), lo tratan como un simple mareo (...). Esa falta de rapidez en tratar el problema -concluye la reclamante- impidió evitar que se instaurara y prolongara en el tiempo el sufrimiento fetal (...). Y esta es la causa de la reclamación”. Además, en el trámite de alegaciones, y abundando en el mismo razonamiento, afirma que “a la entrada de Urgencias el diagnóstico es (...) inequívoco para los servicios sanitarios `gestante cumplida, rotura de bolsa´, folio 73 del

expediente. Lo cual supone un error tan grave sobre lo que realmente estaba sucediendo que explica la falta de rapidez en todo el proceso./ Se confundió un desprendimiento de placenta con una rotura de bolsa”.

No existiendo duda alguna sobre la realidad del daño alegado (la muerte de la hija a las pocas horas de vida), hemos de recordar, con carácter previo a cualquier otra consideración, que el servicio público sanitario debe procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, para efectuar este juicio imprescindible responde a lo que se conoce como “*lex artis*”. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que éste sea exacto- de los síntomas manifestados. Es decir, el paciente no tiene derecho en la fase de diagnóstico a un resultado, sino a que se le apliquen, en atención a sus dolencias, las técnicas precisas disponibles y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Puesto que la reclamante imputa a la Administración sanitaria un error de diagnóstico, que consistiría en confundir los síntomas de un desprendimiento de placenta con una rotura de bolsa, y de ello se derivaría -según su razonamiento- una falta de atención con la necesaria urgencia que el caso requería, debemos comenzar por analizar cuáles fueron los síntomas manifestados para observar la respuesta dada a los mismos por la Administración. La reclamante no mantiene una misma versión de los hechos e incurre en contradicciones sobre los síntomas sufridos en la sala de espera de monitores. Basta para ello con comparar su escrito de queja, fechado el 1 de

octubre de 2004, dirigido a la Gerencia del Hospital, con lo que relata en su escrito de reclamación. En el primero se refiere a ellos como “sudor frío, falta de color, malestar” y a una rotura de aguas, “muy densas y oscuras”, y que es al llegar a Urgencias ginecológicas cuando aparece la hemorragia (“cuando entro allí, ya con hemorragia externa”). Por el contrario, en el escrito de reclamación se refiere a “sudores fríos, falta de color -hemorragia- y malestar (...). Incluso cuando va al baño, la propia paciente se da cuenta que tiene una hemorragia”. Frente a tal contradicción acerca del momento en que aparece la hemorragia, el único dato que se desprende del expediente instruido es el que figura en el informe del Jefe del Servicio de Toco-Ginecología, de fecha 27 de abril de 2006, en el que se relata que “cuando la enferma está esperando para realizar monitores (...) presenta cuadro de lipotimia (...). La enferma en ese momento expresa su deseo de ir al baño y comprueba que ha roto la bolsa y las aguas son densas y oscuras (...). Al llegar al Servicio de Urgencias de ginecología se comprueba que la enferma tiene una hemorragia (...). La paciente como consta en sus primeros escritos no presentó hemorragia hasta llegar al Servicio de Urgencias ginecológicas”. Ni siquiera en la hoja de historia y exploración clínicas, ya con la paciente ingresada en una cama del Servicio de Obstetricia (y, por tanto posteriormente a su paso por Urgencias), se habla de hemorragia, sino de “salida de líquido verde”.

No hay, por tanto, prueba alguna a lo largo del expediente de lo que se manifiesta en el escrito de reclamación sobre la aparición de la hemorragia en el primer momento (en la sala de monitores). Además, la propia contradicción de la perjudicada en relación con su primer relato, resta inevitablemente credibilidad a su versión. Es cierto que la reclamante insiste a lo largo del expediente en que se realice una prueba consistente en el interrogatorio del personal que la atendió en la sala de monitores, pero también lo es -y aquí son perfectamente coincidentes las versiones de la interesada y de la Administración- que en dicha sala nadie la examinó, limitándose a sentarla con los pies en alto y por tanto, como señala el instructor en el acuerdo de fecha 7 de junio de 2006 rechazando dicha prueba, es “irrelevante su identificación y

declaración ya que se limitó a efectuar su traslado al Servicio de Urgencias ginecológicas sin hacer otro tipo de exámenes o valoraciones”.

En definitiva, con respecto a sus síntomas, hemos de dar por ciertas las manifestaciones de la reclamante, vertidas en su escrito inicial, coincidentes con las del jefe del Servicio responsable, en el sentido de que únicamente al llegar al Servicio de Urgencias ginecológicas, se aprecia la existencia de una “hemorragia externa”.

Aunque no es propio de nuestra función realizar valoraciones médicas complejas, sí debemos constatar que el único informe médico incorporado al expediente -informe de de fecha 8 de agosto de 2005- (ciertamente por cuenta de la Administración), señala que, dados los síntomas manifestados, la actuación sanitaria en la sala de monitores fue correcta, ya que era “razonable pensar en un cuadro sincopal, tan frecuente en las gestantes”, puesto que no existieron “síntomas característicos del desprendimiento”. El informe no es contradicho por ningún otro. La reclamante, sobre la que recae la carga de la prueba, no aporta ningún informe que demuestre la supuesta mala práctica sanitaria que aduce.

A la vista de todo ello, consideramos acreditado que en la sala de monitores la reclamante no sufrió una hemorragia, sino que aparecieron síntomas inespecíficos, “sudor frío, falta de color, malestar”, que fueron tratados en un primer momento por el personal sanitario como un “cuadro sincopal (...) frecuente en las gestantes” y posteriormente, ante la evidencia de una “rotura de bolsa”, fue trasladada al Servicio de Urgencias en silla ruedas. También consideramos que, ante tales síntomas, la actuación sanitaria fue correcta y adecuada a la “*lex artis*”. Ha de tenerse en cuenta finalmente que, objetivamente, los tiempos de respuesta acreditados tampoco aparecen como excesivos, puesto que la propia reclamante señala que a las 10,30 horas entrega “la tarjeta de citación y se me manda esperar. Estando en la sala de espera”, empieza a sentirse mal; después de unos momentos de reanimación, que consistieron en sentarla “en una silla con las piernas en alto”, y de acudir al baño, y ante el agravamiento de los síntomas, se decide su traslado al

Urgencias, donde consta acreditado, en el informe de la unidad de clasificación clínica, que es atendida a las 11,06 horas.

Despejada así la posible duda sobre la actuación sanitaria en esos primeros momentos, no debemos extendernos en el análisis del resto de los acontecimientos, puesto que, en realidad, la única causa de la reclamación, según ya señalamos, consiste en la alegada “falta de rapidez en tratar el problema” en la sala de monitores. En cualquier caso, y de forma breve, debemos señalar lo siguiente en relación con lo alegado en el escrito de queja, que no en el de reclamación. Una vez trasladada la paciente a Urgencias (donde ya hemos dicho que es atendida por la unidad de clasificación a las 11,06 horas), se constata que, previos los análisis y pruebas diagnósticas necesarias, es conducida al quirófano para la realización de una cesárea de urgencia, entrando en el mismo a las 11,41 horas, según consta en la hoja de atención de enfermería quirúrgica. Por tanto, tampoco en este segundo momento de la atención sanitaria se aprecia dilación injustificada alguna, debiendo destacarse que, desde su llegada a Urgencias, y según la descripción que hace la reclamante (“en Urgencias debe pasar todo el proceso de admisión, llega a Ginecología, monitorizan, se detecta sufrimiento fetal y realizan cesárea urgente”), todos esos trámites se realizan en un tiempo que consideramos, si no mínimo -como afirma el Jefe del Servicio responsable- sí razonable, ya que se efectúa en menos de cuarenta minutos.

En definitiva, este Consejo Consultivo se muestra de acuerdo con lo señalado por el instructor en la propuesta de resolución, al entender que “el fallecimiento (...) es consecuencia directa del desprendimiento de placenta que presentó la (gestante), patología imprevisible conforme al conocimiento científico actual, ya que, se manifestó de forma atípica, no siendo posible diagnosticarlo hasta la realización de cesárea, y, en consecuencia, el daño reclamado no guarda relación con la asistencia sanitaria prestada, que en todo momento se ajustó a la *lex artis ad hoc*”.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.