

Expediente Núm. 271/2006
Dictamen Núm. 279/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de diciembre 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 6 de octubre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, por lo que considera una incorrecta asistencia sanitaria dispensada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de noviembre de 2005, doña presenta en las oficinas de Correos, de, una reclamación de responsabilidad patrimonial por lo que considera una incorrecta asistencia sanitaria dispensada en el Hospital “X”, que condujo a la muerte de su hijo neonato.

Inicia su relato indicando que “el día 15 de enero de 2005, la suscribiente dio a luz a un niño en el Hospital “X”, que falleció a los nueve días debido a sufrimiento cerebral perinatal, tal y como consta en el informe de

autopsia" y que "desde esa fecha esta parte sufre de trastorno depresivo postraumático, precisando asistencia médica continuada".

Sobre la responsabilidad de la Administración sanitaria señala la reclamante que "considero que existe responsabilidad médica de ese Servicio en el fallecimiento de mi hijo y en los posteriores daños psicológicos que se me han irrogado, entendiéndolo que debo ser indemnizada en la cantidad de 136.459,59 euros, calculada utilizando de manera orientativa el baremo de la Ley 30/95, de 8 de noviembre".

Junto con la reclamación la interesada presenta un informe de autopsia del neonato fallecido y elaborado por el Servicio de UVI Neonatología del Hospital "Y" y copia de poder general para pleitos, otorgado por la reclamante a diversos procuradores y letrados el día 19 de octubre de 2005.

2. Mediante escrito fechado el 9 de noviembre de 2005, notificado el día 16 del mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante Servicio instructor) comunica a la interesada que, con fecha 3 de noviembre de 2006, ha tenido entrada en la Administración su reclamación, señalándole que será tramitada en dicho Servicio.

3. Mediante escritos de 24 de noviembre de 2005, el órgano instructor solicita a las Gerencias del "X" y del "Y" la remisión de la documentación obrante en dichos centros, así como el informe del Servicio que atendió a la paciente.

4. La Gerente del "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria, con fecha 28 de noviembre de 2005, copia del ejemplar del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, notificado a la compañía aseguradora el día 25 del mismo mes, y, con fecha 29 de diciembre, la historia clínica de la reclamante y la de su hijo, así como el informe de los Servicios que los atendieron en dicho centro.

Cabe destacar de la historia clínica que en las hojas de Obstetricia se dice lo siguiente en relación con los hallazgos en el parto: “2 circulares de cordón + 1 bandolera (...). Se intentan 2 ventosas manuales que derrapan”. Posteriormente, se concreta en el curso clínico que “RN traía una circular al cuello y otra en bandolera que se liberaron. Nace con buen color y latido pero hipotónico”.

En el informe de alta de hospitalización de la paciente, firmado por el Jefe del Servicio de Ginecología del “X” el día 18 de enero de 2005, consta: “primigesta de 28 años (...). Gestación: (...) dentro de la normalidad. Parto: ingresa a las 18 horas del día 15/01/2005 en la 39⁺⁶ semanas de gestación en fase latente de parto. Se conduce con amniotomía (aguas claras) y estimulación, evolucionando adecuadamente. El registro cardiotocográfico fue en todo momento normal y el líquido amniótico claro, sin que existiera sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal. A las 23.45 horas del 15/01/2005, previa episiotomía medio-lateral derecha, se asiste parto eutócico de RN varón que nace con buen color y latido pero con marcada hipotonía por lo que pasa al Servicio de Pediatría para reanimación neonatal”.

Por lo que respecta a los Servicios afectados, el informe del Jefe del Servicio de Ginecología explica que “el parto fue conducido por la matrona, transcurriendo dentro de la normalidad (...), tanto en la duración de los diferentes periodos (dilatación, expulsivo y alumbramiento) como en los controles de bienestar fetal (aguas claras y monitorización fetal continua normal). Por esta razón la matrona no encontró motivo para avisar al ginecólogo”, de modo que éste “pasó por la Sala de Partos de forma rutinaria y al observar que tras 45 minutos de periodo expulsivo la paciente no realizaba bien los pujos decidió sustituir a la matrona y asistir el parto, lo cual ocurrió 15 minutos más tarde mediante maniobra de Kristeller”. Sin embargo, “el recién nacido, de forma inesperada, presentaba una hipotonía severa que requirió reanimación pediátrica profunda, siendo remitido (al) Hospital “Y” a las 24 h y falleciendo a los 9 días de vida”. Señala asimismo que, “a la vista del informe

microscópico de la necropsia, existe una necrosis subcortical cerebral sugerente de anoxia connatal”.

El informe del Jefe de Sección de Pediatría subraya que “el niño nació muy deprimido (Test de Apgar al minuto de 3) siendo necesaria una reanimación profunda con buena respuesta inicial pero precisando apoyo ventilatorio posterior. Durante la estancia en nuestro centro se fueron poniendo de manifiesto datos clínicos sugerentes de un síndrome de sufrimiento cerebral en el recién nacido importante: hipotonía generalizada, hiporreflexia, convulsiones y depresión respiratoria. Ante la progresión del cuadro, y una vez descartadas otras posibles etiologías (infecciosa, pulmonar), se decide su traslado al Servicio de Neonatología de nuestro hospital de referencia”. Los datos de ambos informes aparecen corroborados en la historia clínica.

5. Con fecha 5 de diciembre de 2005, el Secretario General del “Y” remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del recién nacido, en la que constan, entre otros informes, el de Neurofisiología Clínica, de 18 de enero de 2005, que señala como impresión “EEG que evidencia una intensa depresión de la amplitud en todas las derivaciones que traduce un importante sufrimiento cerebral global”. También el informe de la autopsia del neonato, realizado por el Servicio UVI Neonatología del “Y” con fecha 10 de marzo de 2005, establece como diagnóstico “1. Anoxia connatal. Necrosis subcortical masiva cerebral./ 2. Displasia broncoalveolar./ 3. Anoxia hepática./ 4. Deplección tímica./ 5. Hidronefrosis derecha. Ureter derecho dilatado con valvas posteriores./ 6. Pulmón derecho bilobulado”.

6. El día 5 de enero de 2006 se elabora el Informe Técnico de Evaluación (que es remitido a la Secretaria General del SESPA y a la correduría de seguros, con fecha 10 de enero de 2006) por el órgano instructor. En dicho informe, una vez descritos los hechos y los datos relevantes de la historia clínica, y tras explicar la perturbación denominada “sufrimiento fetal”, concluye que “con estos

criterios puede afirmarse que en ningún momento del parto de la reclamante se produjo una sospecha de pérdida de bienestar fetal que sugiriese un cambio de actitud terapéutica y aconsejase la adopción de medidas diferentes a las aplicadas, siendo, por tanto, la conducta de los profesionales conforme y adecuada a criterios de la *lex artis*". Propone la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

7. Con fecha 9 de marzo de 2006, una asesoría privada elabora un dictamen. en el que se analizan, dentro de las consideraciones médicas, cuatro cuestiones de orden teórico. La primera se refiere a la "monitorización fetal intraparto", en la que se sostiene que "en principio, un patrón reactivo normal de la frecuencia cardiaca fetal es suficiente para aceptar que el feto no está comprometido y por lo tanto no está indicado el estudio del electrocardiograma fetal o la determinación de pH".

La segunda cuestión alude a las "funciones y responsabilidad de las matronas" destacando, como una de ellas, la de "ayudar al parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, e incluso, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, ayudar al parto en caso de presentación de nalgas".

La tercera cuestión analiza la técnica "ventosa obstétrica", concluyendo que, si bien su utilización "aumenta la morbilidad materna y fetal en comparación con el parto no instrumental, no es menos cierto, que dichos riesgos son mínimos cuando se usa de forma ponderada. En cualquier caso la utilización juiciosa dará lugar a un claro predominio de los beneficios sobre los riesgos".

Finalmente, se examina la "depresión neonatal". Señala que, "del total de recién nacidos que precisan reanimación, en aproximadamente 2/3 partes de los casos esta circunstancia era previsible por la existencia de factores de riesgo identificados prenatalmente. En el tercio de casos restante, la necesidad de llevar a cabo la reanimación es imprevisible". Prosigue explicando la utilidad

del test de Apgar y concluye que “es muy importante reseñar que ni la existencia de una puntuación baja del test de Apgar ni un valor bajo del pH sirven por sí solos para asegurar que nos encontramos ante una situación de `asfixia neonatorum` (...). Los casos de hipoxia/isquemia prenatal suelen manifestarse por alteraciones en el cardiotocograma (...). En los casos de hipoxia/isquemia perinatal lo que suele predominar en el cuadro clínico es un grave trastorno en la adaptación cardiorrespiratoria a la vida extrauterina: bradicardia, cianosis, apnea, hipotonía muscular y ausencia de movilidad espontánea”.

Tras lo expuesto, el informe se centra en el caso e indica que “nos encontramos con un sufrimiento perinatal agudo y un distress respiratorio severo, según diagnóstico textual del Servicio de Pediatría el Hospital `X`, que debutó en el momento del nacimiento y que el recién nacido no pudo superar, presentando un deterioro progresivo y falleciendo al noveno día de vida”. Desde ahí, y “admitiendo que nos hallamos ante un caso de asfixia perinatal, lo que nos queda por evaluar es si existió algún error o negligencia en la asistencia médica durante el parto, si no se percibió algún signo que alertara del riesgo que estaba corriendo el feto y si se hubiera podido actuar de otra forma para evitar el luctuoso desenlace”. Para ello expone los hechos que constan en la historia clínica y juzga admisible la duración del periodo expulsivo de 1 hora, tratándose de una primípara. Considera que se cumplían las condiciones para la práctica de una ventosa obstétrica, que se intentó en dos ocasiones, “pero no pudo conseguir un buen vacío por lo que desistió”, lo cual es conforme con el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que “aconseja realizar un máximo de dos intentos, y a ello se ajustó el facultativo”. No obstante, “la cabeza casi estaba coronando por lo que, ayudando a mantener la prensa abdominal mediante una maniobra de Kristeller, se consiguió la salida del feto. Tampoco se puede atribuir la hipotonía en el momento de nacer a esta maniobra”.

Llegados a este punto, se describe que “el feto nació con una circular y una bandolera de cordón. En ningún momento se había manifestado su presencia durante el periodo de dilatación mediante alteraciones en el registro cardiotocográfico en la forma de deceleraciones variables (desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal independientes de la contracción, que suelen tener buena recuperación posterior y que clásicamente se asocian a patología del cordón). La patología funicular puede ser causa de hipoxia fetal, pero tampoco podemos asegurar que lo fuera en este caso pues en ningún momento del parto se apreciaron signos de sufrimiento fetal por compromiso en el aporte de oxígeno al feto debido a compresión del cordón”. Termina el dictamen con las siguientes conclusiones: “El control del parto se hizo según protocolo, no evidenciándose complicaciones en el desarrollo del mismo./ La duración de los periodos de dilatación y expulsivo fue adecuada, tratándose de una primípara./ La monitorización cardiotocográfica fue continua y en ningún momento aparecieron signos de compromiso fetal (dips II persistentes; dips variable; desaceleraciones prolongadas)./ El líquido amniótico fue en todo momento claro, incluso el que se aspiró de la vía aérea del recién nacido”. Por todo ello, se estima que “la actuación médica fue acorde a lex artis ad hoc, no existiendo en ningún caso negligencia ni omisión de ninguna acción que hubiera podido prevenir y evitar el fatal desenlace”.

8. Evacuado el trámite de audiencia con vista del expediente mediante diligencia fechada el día 9 de mayo de 2006, la reclamante presentó el día 18 de mayo de 2006 en las oficinas de Correos, de, un escrito de alegaciones en el que señala que “sigue manteniendo en su integridad la reclamación formulada al respecto, por entender que no se ha prestado la asistencia médica adecuada en el parto que posteriormente derivó en las graves lesiones producidas en el neonato./ Sin perjuicio de la prueba pericial que se practique en su momento, de la historia clínica aportada al expediente, se desprende un parto en sus distintas partes, largo y sobre todo en el expulsivo, que a nuestro

entender influyó de forma decisiva en el sufrimiento fetal objetivado a posteriori./ Sin perjuicio de lo expuesto, es evidente, que incluso el forzamiento de alumbramiento por vía normal, sin acudir a una cesárea urgente, es sugerente -máxime con la posición del cordón umbilical del feto- de ser causa idónea y suficiente, determinante del resultado lesivo". Además, como segunda alegación, manifiesta que "el informe pericial solicitado por el SESPA, y que consta en los folios 207 a 227 del expediente, si bien es amplio, no deja de ser teórico en cuanto a los protocolos de Obstetricia, sin que ello pueda implicar que el cumplimiento de los protocolos (...) deban ser causa de exoneración de responsabilidad, cuando lo cierto es que, si bien la medicina no es una ciencia exacta, sí cabe esperar de los servicios médico-sanitarios la atención directa al caso concreto y la atención individualizada de la paciente, máxime cuando, como es el caso, debieron advertir, que el parto podría complicarse, ante la larga duración de la fase de dilatación y posterior expulsivo".

Finalmente, la reclamante concluye que "entendemos que las lesiones que produjeron el exitus del neonato podían haberse evitado, ante una actuación médica, aconsejable a las circunstancias concretas del caso que nos ocupa".

9. Con fecha 22 de mayo de 2006, el Jefe del Servicio instructor remite copia de las alegaciones presentadas por la reclamante a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros.

10. El día 14 de septiembre de 2006, el instructor, con base en los informes técnicos cuya argumentación esencial reproduce, elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio, ya que considera que "la asistencia prestada en el Hospital `X` fue totalmente correcta y se ajustó en todo momento a la exigida *lex artis ad hoc*". Entiende que "en ningún momento, en la asistencia a la gestante ni al RN se debieron realizar otras actuaciones de las llevadas a cabo en los dos centros, siendo imprevisible e inevitable la anoxia

connatal” y recuerda que la carga de probar lo contrario recae en la reclamante, que “no aporta prueba o indicio alguno de la supuesta relación de causalidad entre la asistencia recibida en el Hospital `X´ y el fallecimiento de su hijo recién nacido, y esto es precisamente porque no existe tal relación”.

Concluye la propuesta apuntando como causa de la anoxia fetal “el hecho de que presentara una vuelta de cordón en el cuello y otra en la bandolera, lo que produce una alteración de la circulación del feto que produce disminución del riego sanguíneo (...). Sin embargo, cierto es también que la ciencia tiene sus propios límites y no en todos los supuestos es fácil señalar la causa exacta”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de octubre de 2006, registrado de entrada el día 10 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 núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con 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, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar a través de representante, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la LRJPAC y de conformidad con el poder general para pleitos que adjunta.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula la reclamación

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC 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 caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 3 de noviembre de 2005, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 24 de enero del mismo año, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación 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, 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.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se notifica a la reclamante por el Servicio instructor la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 8 de noviembre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 10 de octubre de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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, establece 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 dispone 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, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, 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 considera que existe responsabilidad médica del servicio sanitario “en el fallecimiento de mi hijo y en los posteriores daños psicológicos que se me han irrogado”. Concreta, en las alegaciones, que “no se ha prestado la asistencia médica adecuada en el parto que posteriormente derivó en las graves lesiones producidas en el neonato” y que de la historia clínica se desprende que hubo “un parto en sus distintas partes, largo y sobre todo en el expulsivo”, que influyó en el sufrimiento fetal objetivado a posteriori y que “el forzamiento de alumbramiento por vía normal, sin acudir a una cesárea urgente, es sugerente -máxime con la posición del cordón umbilical del feto- de ser causa idónea y suficiente, determinante del resultado lesivo”. Estima que debió recibir una mejor atención de los servicios médico-sanitarios “máxime cuando, como es el caso, debieron advertir, que el parto podría complicarse, ante la larga duración de la fase de dilatación, y posterior expulsivo”.

Así pues, la reclamación se centra en el hecho del parto y no en tratamiento que posteriormente recibió el recién nacido, de modo que el análisis ha de limitarse a la atención sanitaria prestada en el “X”.

Identificado el daño alegado -la muerte del hijo a los pocos días 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.

En todos los informes que obran en el expediente se pone de manifiesto la buena praxis aplicada, sin que la reclamante haya aportado prueba alguna en contrario. Así, hay unanimidad en ellos al considerar que la matrona es la que en condiciones normales atiende la evolución del parto; que el periodo expulsivo de una hora no es anormal para una primípara, que al hacerse más lento el transcurso de este periodo por falta de pujos eficaces de la parturienta, debido a su cansancio, intervino el ginecólogo practicando un máximo de dos ventosas obstétricas, tal como se establece en los protocolos clínicos de la especialidad; que el parto fue eutócico, mediante una correcta maniobra de Kristeller, y que el feto nació con dos circulares de cordón al cuello y en bandolera, de las que quedó liberado.

Igualmente hay unanimidad en la conclusión: la causa de la muerte del neonato no se debió a una mala praxis en la atención del parto, durante el cual, como señala expresamente el dictamen técnico de la asesoría médica, en ningún momento se produjeron "signos que indicaran un riesgo de pérdida de bienestar fetal que hubieran obligado a realizar un cambio en la forma de proceder del equipo obstétrico". Por tanto, el daño reclamado no guarda nexo causal con la actuación sanitaria denunciada, que en todo momento se ajustó a la *lex artis ad hoc*, sin que la reclamante haya realizado actividad probatoria alguna en defensa de su pretensión.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada 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,

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.