

Expediente Núm. 41/2008  
Dictamen Núm. 100/2008

**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:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de noviembre de 2008, 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 7 de febrero de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dos hospitales públicos de la Comunidad Autónoma.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de marzo de 2007, la interesada presenta, en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial por lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria prestada con ocasión de un parto, lo que habría conducido a la muerte de su hijo y al deterioro de su propia salud.

Inicia su escrito detallando el proceso asistencial recibido desde enero de 2006, momento en el que supo que estaba embarazada, en un hospital que no

determina (aunque del expediente se deduce que pertenece a la red pública de la Comunidad Autónoma), poniendo de manifiesto que transcurrió sin problemas hasta que el día 5 de mayo de ese año acudió a "Urgencias" por un "fuerte dolor lumbar" y "fiebre". Se le pauta tratamiento y vuelve a su domicilio. Como los síntomas empeoraban, el día 8 de ese mismo mes acude de nuevo a Urgencias, quedando ingresada. Después de relatar varias pruebas, señala que el día 14 le indican haber descubierto "una grave infección en el útero y el líquido amniótico, y que hay que suministrar antibióticos al niño, para lo cual han de sacarlo del útero". A pesar de inducir el parto "durante más de 7 horas", finalmente se le practica una cesárea "la noche del 14 al 15 de mayo". El hijo nace "aparentemente con los problemas normales en un prematuro", pero el día 21 de mayo "comienza a bajarle la tensión y a tener hemorragias (...). Al parecer se sospecha de sepsis y se inicia tratamiento (...). El día 25 fallece./ Tras el fallecimiento, nos enteramos de que al parecer el niño tenía un problema de la membrana hialina, lo que nunca se nos había dicho. Tampoco se nos informó de que padecía una sepsis. Hasta el lunes 22, se nos había dicho que el niño estaba bien".

La interesada continúa mencionando que, tras la cesárea, tiene problemas "tanto hepáticos como renales" y que fue trasladada "a `X´", donde el día 19 (hemos de entender del mes de mayo) se le practica "una colecistectomía"; el día 23 es intervenida de un "absceso suprapúbico" y el día 25 se le efectúa un "legrado", siendo alta "el día 9 de junio". Posteriormente acude a "Urgencias" los días 1 de agosto y 1 de septiembre, diagnosticándosele "dolor abdominal inespecífico" y "dolor abdominal", respectivamente. Termina subrayando que a día de hoy continúa "con pérdida de peso y debilidad extrema, sin que nadie me haya informado de la causa de mis dolencias y de la muerte de mi hijo".

En relación con la indemnización, reclama "en este momento la cantidad de 1.508,50 euros por días de ingreso hospitalario, 7.256,44 euros por los días que tardé en curar, 42.634,80 euros por secuelas, más 88.000 euros por daños morales y `pretium doloris´". Concluye su escrito ofreciendo "la posibilidad de

llegar a (un) acuerdo indemnizatorio”.

2. Mediante escrito notificado el día 24 de marzo de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el mencionado Servicio y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará. Asimismo, le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud”.

3. Mediante escrito de 28 de marzo de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital “Y” que remita la “historia clínica obrante en ese centro (...), así como un informe actualizado del Servicio de Ginecología sobre el contenido de la reclamación”.

4. Con fecha 9 de abril de 2007, el Gerente del “Y” remite al Servicio instructor copia, entre otros documentos, de las historias clínicas de la interesada y de su hijo, y de los informes facilitados por los Servicios de Medicina Interna, Hematología, Obstetricia y Ginecología, Digestivo y Nefrología.

El Jefe del Servicio de Medicina Interna señala, con fecha 23 de marzo de 2007, que la interesada “estuvo ingresada en el Servicio de Ginecología y se solicitó consulta a la U. de Infecciosas de la Sección de Medicina Interna el día 11 de mayo de 2007 (*sic*, en realidad 2006) (...). Además esos días fue estudiada conjuntamente por las Secciones de Digestivo y Nefrología”. El día 26 de marzo de 2007 emite informe una Médica Adjunta de dicho Servicio, en el que se indica que “ingresa con sospecha de bolsa amniótica rota el día 8/5/06 iniciándose desde el primer momento antibioterapia empírica. El día 11/5/06 es valorada por primera vez por nosotros con la finalidad de descartar otro foco infeccioso (...), para lo cual solicitamos estudios microbiológicos (cultivos y serologías) y estudios radiológicos, todos ellos negativos. El día 14/5/06 (...) se

decide realizar una cesárea urgente". Posteriormente, se dispone "su traslado al hospital de referencia (...) ante la mala evolución del cuadro".

El Jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia, en informe fechado el día 22 de marzo de 2007, después de reseñar algunos antecedentes asistenciales, concluye que "la paciente no fue atendida por padecimiento hematológico alguno de interés".

Con fecha 4 de abril de 2007, el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, analizando la reclamación de responsabilidad patrimonial, expone que el día 5 de mayo de 2006, cuando acude al Servicio de Urgencias "en ningún momento refiere fiebre ni pérdida de líquido. La exploración es totalmente normal salvo leucorrea candidiásica; el sedimento y la ecografía son normales".

Añade que "el día 8 ingresa por la misma sintomatología y comienza con sensación de pérdida de líquido. Tras establecer el diagnóstico de `sospecha de rotura alta o fisura de bolsa amniótica´ se realiza analítica (...). Se pauta el (tratamiento) indicado para BR no complicada (antibióticos y corticoterapia) (...). El día 14 la paciente comienza con empeoramiento clínico (...) y analítico" y se decide "finalizar gestación (...). En el curso de la cesárea, como protocolo del Servicio, se realizó revisión manual de cavidad uterina por lo que no es posible que queden restos placentarios (...). El día 18-5-06 hay un empeoramiento clínico brusco (...). Se comenta el caso con los servicios (de) Medicina Interna, Cirugía General y U.V.I. y se decide traslado a centro de referencia (...), por riesgo hepático./ Los cultivos de orina, vaginales, herida quirúrgica, hemocultivos y serologías solicitadas por el S. de M. Interna fueron todos negativos".

Por el Facultativo Especialista de Área del Aparato Digestivo se emite informe, con fecha 9 de abril de 2007, en el que se recoge que, durante el ingreso, la paciente "presenta alteración progresiva de las pruebas de función hepática y dolor abdominal, por lo que se realiza interconsulta a nuestro Servicio", siendo valorada el día 18 de mayo de 2006. Refleja los resultados de las pruebas realizadas (ecodoppler abdominal, TAC abdominal urgente y

analítica de control urgente), y concluye señalando que “ante la sospecha de cuadro séptico con microabscesos hepáticos y mala evolución clínica se decidió conjuntamente por equipo de Cirugía, Medicina Interna y Unidad de Cuidados Intensivos de guardia traslado a (“X”) para valoración por Unidad de Cirugía Hepática y Trasplante hepático de referencia”.

La Sección de Nefrología del Servicio de Medicina Interna, en informe emitido con fecha 26 de marzo de 2007, hace constar que la interesada fue valorada el día 17 de mayo de 2006, “a las 48 h de parto por cesárea por presencia de proteinuria (...) en sistemático de orina”. Estableciéndose la primera sospecha de “preeclampsia (...), la paciente fue trasladada a otro centro sanitario y no se pudieron completar (los) estudios”.

**5.** El día 13 de abril de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la interesada autorización para que el Jefe del Servicio de Ginecología del “Y” acceda a la historia clínica correspondiente a la asistencia prestada en el Hospital “X”, “con la finalidad de que pueda elaborar el informe solicitado (...) para la instrucción del expediente de responsabilidad patrimonial”.

**6.** Con fecha 18 de abril de 2007, el Gerente del “Y” remite al Servicio instructor, completando “nuestra documentación enviada el día 9 (...), copia del expediente obrante en el Servicio de Atención al Usuario”. En él figuran los informes emitidos por el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, el día 4 de julio de 2006, y por la Jefa de la Sección de Neonatología, el día 22 de junio de ese mismo año.

En el primero de ellos se relata pormenorizadamente la asistencia prestada a la interesada, concluyendo que “el equipo médico (...) ha estado en permanente alerta y se le han practicado multitud de pruebas complementarias: hemogramas, bioquímicas, serología, pruebas inmunológicas, radiologías, ecografías abdominales, TAC, etc. y han participado en el seguimiento de su

caso más de 8 servicios clínicos de este hospital (...), aunque la evolución de su caso ha sido atípica, en ningún momento hubo desatención o negligencia”.

El segundo informe se limita a remitir el “informe de alta del recién nacido”. En él se recoge de forma muy detallada todo el proceso asistencial prestado al mismo, desde la fecha de ingreso de la gestante, el día 15 de mayo, hasta su fallecimiento, diez días después. Señala que a su ingreso, ante “sospecha de corioamnionitis materna se inició tratamiento antibiótico (...), así como cafeína para evitar las apneas del prematuro de manera profiláctica (...). Veinticuatro horas antes de iniciar el cuadro de sepsis y shock se realiza analítica (...). A pesar de la normalidad de dicha analítica, en la madrugada de este día inicia de forma brusca mal estado general”. Relata el informe todas las pruebas practicadas y los tratamientos pautados, es “exitus el día 25 de mayo a las 12:35 horas”. Finaliza mencionando que “se solicita a la familia estudio necrópico para ver si podría ayudar al cuadro séptico materno, que es denegada (...). Todos los cultivos posteriores al fallecimiento del tubo endotraqueal, líquido ascítico y vía central han sido de nuevo negativos”.

**7.** Con fecha 19 de abril de 2007, el Secretario General del “X” remite al Servicio instructor una “copia de documentos que figuran” en la historia clínica de la interesada. Entre ellos se encuentra el “informe de alta” del Servicio de Cirugía General I, de fecha 12 de junio de 2006; en el que se recoge como diagnóstico el de “sepsis abdominal (...), confirmándose colecistitis aguda”, y que el día 19 de mayo de 2006, fue intervenida “practicándose colecistectomía./ Anatomía Patológica: colecistitis crónica, ganglios linfáticos sin alteraciones”.

**8.** El día 26 de abril de 2007, la interesada presenta en la oficina de Correos de ..... un escrito autorizando a los servicios del “Y” a acceder a su historia clínica del “X”, indicando que tampoco a ella le fue posible obtener una copia de la misma, por lo que solicita que le “sea facilitada” una y que se “una (...) al expediente administrativo”.

El día 8 de mayo de 2007, el Servicio instructor remite a la Gerencia del "Y" una copia de la historia clínica de la reclamante obrante en el "X", a fin de que se "pueda completar el informe solicitado en su día", y con esa misma fecha comunica a la interesada la incorporación de dicha historia al expediente que se tramita, anunciándole que en el trámite de audiencia, "se le hará entrega de (una) copia íntegra de toda la documentación" existente en el mismo.

9. Figura en el expediente un informe de la Jefa de la Sección Neonatología del "Y", de fecha 26 de marzo de 2007, elaborado en relación "con la reclamación presentada por (la interesada) acerca de la causa del fallecimiento de su hijo". En él se indica que "el curso clínico del recién nacido fue favorable hasta la presentación, de forma brusca, de un cuadro clínico de sepsis fulminante, con fracaso multiorgánico que no respondió a la antibioterapia empírica, tampoco a las drogas vasoactivas, diuréticos, ni a ventilación mecánica (...). El agente causal del cuadro séptico no pudo ser identificado, resultando negativos todos los cultivos, tanto los tomados antes del inicio del tratamiento antibiótico, como los recogidos post-mortem". Añade que la interesada "presentaba previamente al parto un cuadro clínico 'infeccioso' de etiología no filiada", y que "fue solicitado a la familia estudio necrópsico por la similitud de ambos cuadros sépticos y la posibilidad de servir de ayuda para aclarar el cuadro materno. Este estudio fue denegado". Concluye señalando que "la decisión del Servicio de Ginecología de adelantar el nacimiento (...), ante la alta sospecha de corioamnionitis materna (...), forma parte de las que en ejercicio de la profesión debemos tomar con `incertidumbre`, decisión que desde mi punto de vista, fue la más correcta de las posibles".

10. Mediante escrito de 15 de mayo de 2007, el Gerente del "Y" remite al Servicio instructor una "copia de la información facilitada por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología" de dicho hospital. En el informe emitido con esa misma fecha, se limita a analizar dos de las imputaciones vertidas por la



interesada en su escrito de reclamación, en concreto la existencia de restos placentarios y el absceso suprapúbico. Al respecto, aclara que “la anatomía patológica del legrado por sospecha de restos placentarios en la ecografía es la siguiente: endometrio con cambios compatibles con posparto” lo que demuestra que no existían restos placentarios (...). En el curso clínico de historia del (X) se diagnostica de seroma en cicatriz que se drena el 30-5-06 y el 31-5-06 escriben que el pico febril no está relacionado con el seroma. En ningún momento se habla de absceso en la historia clínica ni justificaría la clínica de la paciente”.

**11.** Con fecha 6 de junio de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él detalla, pormenorizadamente, la asistencia prestada tanto a la madre como al recién nacido. Sobre este último indica que evolucionó de manera “favorable hasta la presentación, de forma brusca, de un cuadro clínico de sepsis fulminante, con fracaso multiorgánico (...). El agente causal del cuadro séptico no pudo ser identificado, resultando negativos todos los cultivos”. Respecto a la interesada, señala que, trasladada al “X”, “inicialmente el Servicio de Infecciosas estableció el diagnóstico de sepsis abdominal con microabscesos hepáticos con foco primario desconocido, probablemente en abdomen (...). Durante el curso clínico se tomó la decisión de realizar una colecistectomía”, diagnosticándose, por el Servicio de Anatomía Patológica, una “colecistitis crónica”. Igualmente “consta que el 30 de mayo se drenó un seroma de la zona de la cesárea y la paciente evolucionó favorablemente desde la realización de la cirugía biliar (...). El 21 de mayo se solicitó también consulta al Servicio de Ginecología que ante la sospecha de posibles restos ovulares decidió realizar un legrado evacuador en el que se obtuvo material que Anatomía Patológica diagnosticó como endometrio con cambios compatibles con posparto, sin restos fetales”.

A la vista de ello, concluye indicando que “la atención médica dispensada a la reclamante y a su hijo ha sido absolutamente adecuada y



conforme a la *lex artis*, tratándose las diferentes vicisitudes clínicas que fueron surgiendo. Se trata de un proceso séptico en el que no se ha podido determinar inequívocamente su origen, aunque no se pueda descartar la corioamnionitis y la patología biliar”, y propone la desestimación de la reclamación presentada, “ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

**12.** Con fecha 6 de junio de 2007, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y de todo el expediente a la correeduría de seguros correspondiente.

**13.** Con fechas 2 de octubre y 27 de noviembre de 2007, una asesoría privada elabora dos dictámenes en relación con la asistencia prestada a la interesada y al recién nacido, respectivamente, que figuran incorporados al expediente a instancia de la compañía aseguradora, según se indica en la propuesta de resolución.

El primero de ellos, suscrito colegiadamente por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología, resume toda la asistencia prestada a la interesada, y sobre “los puntos concretos que son motivo” de reclamación, señala que “en primer lugar se queja de que el día 5 de mayo no se dio importancia a las molestias que presentaba. (...) en la exploración sólo se observa flujo, no salida de líquido, y en la ecografía el volumen del mismo era normal (...). La rotura de bolsa sí se confirma en el ingreso del día 8 de mayo (...). Por ello, la paciente es ingresada con el tratamiento protocolizado para la rotura prematura de membranas en gestaciones menores de 34 semanas y se inicia así mismo la maduración del pulmón fetal con corticoides”. Sobre lo sucedido el día 5, en el que no se diagnosticó rotura de bolsa, aclara que “disponemos del resultado del análisis del líquido que se obtuvo por amniocentesis el día 9 de mayo, y en él ni existen bacterias ni están alterados los niveles de glucosa o LDH, lo que

descarta una infección del mismo". Por tanto, concluye con un "no rotundo" a la posibilidad de que ese día 5 ya estuviera rota la bolsa.

El segundo "punto de queja es haber insistido en inducir el parto a pesar de la debilidad de la paciente, para varias horas después terminar haciendo una cesárea. Hemos de decir que la decisión de inducir fue la correcta (...). Dado que (...) era secundípara y que el feto era pequeño, en principio el parto era factible y presumiblemente fácil".

Respecto a la "falta de información sobre el estado del recién nacido (...), tenemos que decir que puede comprobarse en el informe emitido por (...) (el) Servicio de Pediatría el deterioro súbito que se produjo el día 21 de mayo (...). Efectivamente, como se indica en la reclamación, hasta el día 21 el niño había estado bien, y así se informó a la familia y nada hacía sospechar el giro brusco que daría el caso".

En cuanto a la "enfermedad de la membrana hialina, decir que es una complicación respiratoria que surge debido a la inmadurez pulmonar en los niños nacidos antes del término y que se intenta minimizar mediante la administración de corticoides antenatales y surfactante tras el nacimiento. (...) gracias a que ambas actuaciones se habían llevado a cabo, el grado de enfermedad fue leve y por ello no fue preciso intubar al neonato".

En relación con el legrado (...), queda demostrado que no se dejaron restos en la cavidad", y con "respecto al absceso o seroma de la cicatriz (...), su aparición no puede considerarse mala praxis, pues se trata de una complicación inherente a la técnica quirúrgica en función de su frecuencia (...). Y, por último, se queja la paciente de no saber la causa que provocó todo el proceso... y debemos decir que nosotros tampoco. (La interesada) padeció un proceso séptico grave, que afectó también a su hijo (...) provocándole la muerte, y a pesar de que (...) fue estudiada por múltiples especialistas, en dos hospitales diferentes (...), no se consiguió identificar el foco primario ni el germen causal por lo que el origen de la infección no ha podido ser determinado".

El segundo de los informes se realiza colegiadamente por tres especialistas en Pediatría, y tiene por objeto el análisis de la asistencia prestada al recién nacido. En él se refleja que nace “a las 31 semanas de gestación, con una sospecha de corioamnionitis (...). Debido a su prematuridad, se le administró surfactante de forma profiláctica”, haciendo constar que también se le prescribieron a la madre, antes del parto, corticoides “para acelerar la madurez de los pulmones fetales”, y que ambas actuaciones son las correctas de acuerdo con los protocolos.

El otro problema que presentaba era el “riesgo obstétrico de infección (...). Los protocolos recomiendan en estos casos realizar analítica y estudios microbiológicos (...) e iniciar de forma profiláctica y empírica tratamiento antibiótico con Ampicilina y Gentamicina. De nuevo, éste fue el tratamiento aplicado (...), siendo por tanto correcto bajo todos los aspectos (...). De forma brusca, al 6ª día, y teniendo ese mismo día un control analítico normal, presentó un empeoramiento franco, con desarrollo de un shock séptico muy grave. De nuevo se adoptaron todas las medidas terapéuticas recomendadas (...) sin conseguir controlar el proceso (...). En resumen, el fallecimiento del niño fue debido a un shock séptico irreversible, sin poderse establecer el germen causal, dada la negatividad de todos los estudios (...). Las otras patologías del paciente (enfermedad de membrana hialina, riesgo de infección) fueron adecuadamente tratadas, presentando una buena evolución. El cuadro posterior, de extrema gravedad, fue imprevisible y de causas no aclaradas a pesar de todos los medios empleados”, destacando que, tanto en la asistencia prestada a la madre como al recién nacido, “se actuó de acuerdo a (la) *lex artis*”.

**14.** Evacuado el trámite de audiencia, con vista del expediente, mediante oficio recibido por la interesada el día 13 de diciembre de 2007, el día 20 de ese mismo mes se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia

del expediente, compuesto en ese momento por seiscientos treinta (630) folios, según consta en la diligencia incorporada al mismo.

**15.** Con fecha 3 de enero de 2008, la interesada presenta alegaciones en la oficina de Correos de ....., dando “por reproducido” lo expuesto en su reclamación inicial, y añadiendo que “a día de hoy”, desconoce el motivo de la infección sufrida, que “debió ser más extremada la atención y (el) cuidado” y que si no se localizó el foco infeccioso “es porque no se extremaron las medidas para buscarlo”.

**16.** Mediante escrito fechado el día 9 de enero de 2008, el Servicio instructor remite una copia de las alegaciones presentadas por la interesada a la compañía aseguradora.

**17.** El día 16 de enero de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Después de resumir los antecedentes de hecho, que en nada difieren de los recogidos en los informes técnicos anteriores, y de señalar los fundamentos jurídicos que considera de aplicación, indica que “la reclamante basa su petición indemnizatoria en un escrito inicial en el que se limita a relatar el proceso asistencial que tuvo, sin que en ningún caso manifieste en qué hechos específicos la fundamenta, ni aporte prueba alguna de una presunta negligencia médica. En su escrito de alegaciones, refiere que dado que (el) proceso fue `muy grave y atípico´ debió ser más extremada la atención y cuidado y que si no fue hallado el foco de la infección, es porque no se extremaron las medidas para buscarlo”.

Frente a esta argumentación -continúa señalando la propuesta-, es “preciso dejar constancia de que la atención médica dispensada a la reclamante y a su hijo ha sido absolutamente adecuada y conforme a la *lex artis* (...). Se trata de un proceso séptico en el que no se ha podido determinar inequívocamente su origen (...), a pesar de todos los estudios realizados, tanto

en el recién nacido como en su madre”; proceso séptico “tan grave y atípico que acabó con la vida del recién nacido y puso en serio peligro la de la madre”.

**18.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de febrero de 2008, registrado de entrada el día 12 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 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.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula 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 7 de marzo de 2007 y el alta hospitalaria se produjo el día 9 de junio de 2006, 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.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la reclamante, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del

plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como indica el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se ha de contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Igualmente, 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. Habiéndose presentado la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 7 de marzo de 2007, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 12 de febrero de 2008, el plazo de resolución y notificación se ha 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.-** El asunto que se somete a nuestra consideración se refiere a una reclamación de daños y perjuicios formulada como consecuencia de la atención sanitaria prestada en dos hospitales de la red pública, con ocasión de un parto, con el resultado de fallecimiento del hijo recién nacido al décimo día de vida y

un cuadro séptico abdominal en la madre que requirió colecistectomía, del cual persisten dolores y molestias en el momento de su reclamación.

En relación con los daños que alega, no existe duda alguna sobre la efectividad de los mismos. En la historia clínica y en los informes incorporados al expediente se constata la muerte del recién nacido y las complicaciones, tanto previas como posteriores al parto, sufridas por la interesada como consecuencia de un cuadro séptico, lo que derivó en la necesidad de realizarle una cesárea urgente, una posterior colecistectomía y otra serie de intervenciones asistenciales -legrado y drenaje en cicatriz-, permaneciendo ingresada desde el día 5 de mayo hasta el 9 de junio de 2006.

Ahora bien, la aparición de unos daños con ocasión de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un 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 para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico

ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En su reclamación inicial la interesada se limita a describir el proceso asistencial, sin señalar de forma clara cuál es el acto médico concreto que considera erróneo o incorrecto. Más tarde, en el escrito de alegaciones, además de reafirmarse en lo manifestado anteriormente, añade que no se prestó la debida "atención y cuidado" en el episodio séptico padecido y que no se "extremaron las medidas" para localizar el foco de la infección.

Pese a la extrema vaguedad del relato, hemos de entender que realiza varias imputaciones sobre el funcionamiento del servicio público sanitario. En primer lugar, parece considerar incorrecta la decisión de no acudir, en un primer momento, al parto vía cesárea "dado lo débil" que se encontraba; cesárea que hubo de practicarse posteriormente, transcurridas "más de 7 horas", ante la falta de progresión del parto. Añade que después del alumbramiento seguía encontrándose mal y fue trasladada a "X", donde se le habría diagnosticado un "absceso suprapúbico" en la herida quirúrgica, que requirió una intervención y un drenaje, y restos de placenta, por lo que se le "hizo un legrado".

Sobre la asistencia prestada a su hijo recién nacido, manifiesta que, "tras el fallecimiento, nos enteramos de que (...) tenía un problema de la membrana hialina, lo que nunca se nos había dicho. Tampoco se nos informó de que

padecía una sepsis. Hasta el lunes 22, se nos había dicho que el niño estaba bien”.

Concluye indicando que “a día de hoy continúo con pérdida de peso y debilidad extrema, sin que nadie me haya informado de la causa de mis dolencias y de la muerte de mi hijo”, y como ya hemos mencionado, en el escrito de alegaciones sostiene, en resumen, que no se utilizaron los medios adecuados para localizar el foco de la infección padecida.

Hemos de partir de la consideración, ya enunciada, de que incumbe a quien reclama la carga de probar, no sólo los daños y perjuicios padecidos, sino también la relación causal de los mismos con la actividad administrativa, y en este caso, tratándose de una reclamación de responsabilidad sanitaria, tal carga se traduce en la necesidad de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, según la definición que igualmente hemos dejado expuesta.

Pues bien, lo primero que debemos constatar es que la interesada no aporta prueba alguna que permita sostener sus imputaciones, y tampoco existe, en el expediente que analizamos, prueba o indicio en el que apoyar esas supuestas infracciones de la *lex artis*. Por una parte, la reclamante no cuestiona en ningún momento la necesidad de dar por concluida la gestación, sino únicamente la opción de inducir un parto natural. Sobre este aspecto en particular, el informe técnico de evaluación recoge que se actuó “según protocolo habitual, decidiéndose posteriormente extracción fetal por cesárea por no conseguirse progresión de dilatación”. El primero de los informes elaborados a instancia de la compañía de seguros resulta más explícito y señala que “dado que la paciente era secundípara y que el feto era pequeño, en principio el parto era factible y presumiblemente fácil”, destacando también que “la cesárea presenta muchas más complicaciones para la madre (...), por lo que era preferible, y así se actuó, la vía vaginal”. En definitiva, nada nos conduce a considerar la existencia de mala praxis médica en dicha elección, sino que, al contrario, los informes técnicos que examinamos, coinciden en señalar lo acertado de la decisión adoptada.

En relación con el absceso de la cicatriz, la mayoría de los informes técnicos se limitan a confirmar su existencia, añadiendo el primero de los realizados a instancia de la entidad aseguradora, que “el absceso o seroma de la cicatriz” es una complicación “inherente a la técnica quirúrgica en función de su frecuencia, y como tal está contemplada en cualquier tratado de Cirugía”. Tampoco podemos apreciar infracción alguna de la *lex artis* por la mera comprobación de este extremo.

Respecto al legrado que se le practicó, los informes también son concluyentes a la hora de afirmar que no se encontraron restos fetales. Así, el informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del “Y”, de fecha 15 de mayo de 2007, recoge en este sentido que “la anatomía patológica del legrado por sospecha de restos placentarios en la ecografía es la siguiente: endometrio con cambios compatibles con posparto” lo que demuestra que no existían restos placentarios”. Por tanto, ninguna vulneración de la *lex artis* podemos entender acreditada tampoco en este caso.

Sobre la asistencia prestada al hijo recién nacido, la reclamante no plantea objeción alguna, sino que se limita a exponer que no se le dio a ella, ni al resto de familiares, una información adecuada sobre su evolución. En concreto, refiere no haber conocido en su momento la existencia de una enfermedad de la membrana hialina, ni el padecimiento de una sepsis. Al respecto de estas afirmaciones, hemos de destacar que si bien asiste a los usuarios de los servicios públicos sanitarios un derecho a obtener información completa sobre sus enfermedades, tratamientos, alternativas terapéuticas, etc., no debemos perder de vista que nos hallamos valorando un procedimiento de responsabilidad patrimonial, en el que ha de analizarse la existencia de un daño individualizado y evaluable económicamente, causalmente unido a la actividad pública, y en este caso la interesada ni siquiera alega cuál sería el daño causado por esa supuesta falta de información. Además, su relato, carente de cualquier otro soporte probatorio, no resulta coherente con los datos objetivos de la asistencia prestada. En primer lugar, queda acreditado en el expediente que se sometió a la embarazada a un tratamiento preventivo, a base de

corticoides, para acelerar la madurez de los pulmones fetales, previendo la necesidad de dar por terminada la gestación antes de tiempo. Es lógico, por tanto, suponer que se le habrían dado las explicaciones acordes con la prescripción de dicha medicación, tendente precisamente a evitar o minimizar los riesgos de que el neonato sufriera esa enfermedad respiratoria. En cualquier caso, todos los informes señalan que la misma fue leve, que no precisó ventilación mecánica y que tuvo una buena evolución. Por ello, como ya hemos adelantado, ni la perjudicada expone, ni este Consejo aprecia del conjunto de lo documentado en el procedimiento, que esa alegada falta de información hubiera podido ocasionar, en su caso, a la ahora reclamante un daño jurídicamente relevante a los efectos que examinamos.

En relación con la sepsis del recién nacido, nuestra consideración ha de ser similar, puesto que la interesada, ingresada con un cuadro infeccioso de etiología desconocida, a quien se le adelanta el parto, debió conocer, que la decisión de dar por finalizada la gestación venía aconsejada, precisamente, por la necesidad de evitar riesgos al feto. En otro caso no resultaría coherente que, sin cuestionar la decisión adoptada por el equipo médico de finalizar la gestación a las 31 semanas, se alegase ahora desconocimiento, al menos, de los riesgos que se pretendían minimizar. Supuesto lo anterior, el análisis del curso clínico del recién nacido permite afirmar que durante los cinco primeros días de vida su evolución fue buena, con controles analíticos dentro de la normalidad, produciéndose un empeoramiento brusco, que los especialistas llegan a calificar de "sepsis fulminante". Así, la Jefa de la Sección de Neonatología del "Y" subraya en su informe de 26 de marzo de 2007 que "el curso clínico del recién nacido fue favorable, hasta la presentación, de forma brusca, de un cuadro clínico de sepsis fulminante, con fracaso multiorgánico que no respondió a la antibioterapia empírica, tampoco a las drogas vasoactivas, diuréticos, ni a ventilación mecánica (...). El agente causal del cuadro séptico no pudo ser identificado, resultando negativos todos los cultivos, tanto los tomados antes del inicio del tratamiento antibiótico, como los recogidos post-mortem". A la vista de ello, no podemos apreciar falta de

información a la familia sobre la evolución del recién nacido; al contrario, el relato de la interesada resulta coincidente, en este punto concreto, con la evolución de la salud del recién nacido, según se documenta en la historia clínica.

Finalmente, alega la interesada que en la actualidad sigue sin conocer las causas de su enfermedad y de la muerte de su hijo, y entiende, según el escrito de alegaciones, que ello es debido a que no se prestó la debida atención ni se utilizaron todos los medios adecuados a tal fin. Hemos de reiterar que la interesada, a quien incumbe la carga de probar el incumplimiento de la *lex artis*, se limita a realizar una imputación genérica sobre la actividad de la Administración sanitaria, sin prueba alguna, pero también hemos de señalar que ni técnicamente es posible garantizar siempre la sanación de los pacientes o el conocimiento del origen último de sus dolencias, ni es jurídicamente exigible que ello se produzca, por lo que la Administración sanitaria únicamente está obligada a utilizar los medios adecuados a tal fin, pero no a asegurar un resultado favorable para aquéllos. Tiene razón la interesada cuando afirma que aún desconoce cuál fue la enfermedad padecida, puesto que efectivamente así se confirma en la historia clínica, pero ello no implica, en modo alguno, que se haya incurrido en la pretendida infracción de la *lex artis* por desatención o falta de empleo de los medios precisos. Al contrario, este Consejo considera probado que en el estudio y tratamiento de la enfermedad de la gestante y del recién nacido se emplearon todos los medios disponibles, hasta donde legalmente resultó posible, con intervención de especialistas en Obstetricia, Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Aparato Digestivo, Nefrología, Hematología, Cirugía General y Neonatología de los servicios sanitarios públicos, sin que finalmente pudiera identificarse el agente causante del proceso infeccioso padecido. Así lo resume el primero de los informes elaborados a instancia de la compañía aseguradora, al señalar que la interesada “padeció un proceso séptico grave, que afectó también a su hijo recién nacido provocándole la muerte, y a pesar de que la paciente fue estudiada por múltiples especialistas en dos hospitales diferentes y se realizaron cultivos de cualquier posible origen



tanto en el niño como en la madre (...) no se consiguió identificar el foco primario ni el germen causal por lo que el origen de la infección no ha podido ser determinado”.

En suma, no ha quedado demostrado que el servicio público sanitario haya actuado vulnerando la *lex artis ad hoc*, ni que las complicaciones sufridas por la interesada y su hijo, con sus lamentables efectos, sean imputables a una mala praxis del mismo.

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 .....

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.