

Expediente Núm. 50/2012
Dictamen Núm. 152/2012

V O C A L E S :

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

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de mayo de 2012, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 13 de marzo de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de una recién nacida tras la asistencia sanitaria prestada.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 13 de julio de 2009, un letrado, en nombre y representación de los reclamantes, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que manifiesta que el día “12 de enero de 2009 se ha presentado denuncia por mi representado (...) contra” el doctor “y demás personas que pudieran resultar responsables del Hospital, como consecuencia de los hechos acaecidos el día 12 de julio de 2008 que desembocaron en la muerte de una recién nacida (...). Dicha denuncia ha incoado la tramitación de las diligencias previas (...) a los efectos de depurar las

posibles responsabilidades”. Expone que, debido a “la pérdida de la recién nacida, les requerimos para que procedan a indemnizar a mis clientes como padres” de aquella “en la cantidad de 150.000 €, de lo contrario nos veremos obligados a tomar las medidas legales (...) en el momento procesal oportuno, una vez resuelto el procedimiento penal iniciado, ocasionando con esta notificación la interrupción del plazo procesal (...) e interrumpiendo la prescripción”.

2. El día 15 de julio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al firmante del escrito la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa, y le requiere para que acredite la representación que alega. Ese mismo día declara “la suspensión del procedimiento administrativo en tanto recaiga resolución firme en el orden penal”. Consta que el reclamante recibió las notificaciones de dichos actos el día 21 de julio de 2009.

Mediante escrito presentado en una oficina de correos, el firmante de la reclamación remite una copia del poder notarial otorgado por sus representados a su favor el día 23 de julio de 2009.

3. Con fecha 3 de mayo de 2011, los reclamantes presentan en una oficina de correos un escrito en el que manifiestan que el “28 de abril de 2010 ha sido notificado a esta parte Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo (...) por el que se decreta el sobreseimiento provisional y archivo de las actuaciones penales, motivo por el que, habiendo recaído resolución firme, solicitamos el alzamiento de la suspensión acordada (...) en el procedimiento administrativo” el 15 de julio de 2009, a fin de que continúe el mismo.

4. El día 9 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su

escrito y les indica que se procede a continuar el procedimiento, reiterándoles las normas con arreglo a las cuales se tramitará y los efectos de la falta de resolución expresa transcurridos seis meses a contar desde la fecha de entrada de su reclamación. Además, solicita el envío de una copia del auto judicial de archivo.

5. El día 11 de mayo de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica de la fallecida y un informe del médico responsable del proceso asistencial relativo a las alegaciones de los reclamantes.

6. Con fecha 20 de junio de 2011, los interesados presentan un escrito en una oficina de correos al que adjuntan una copia del Auto de la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Oviedo de 26 de abril de 2010, por el que se decreta el sobreseimiento provisional y el archivo de las actuaciones penales. En él se señala que “no existen indicios racionales suficientes de criminalidad que justifiquen la perpetración del delito de homicidio imprudente que se le imputa” al facultativo y que, “valoradas en su conjunto las diligencias (...) practicadas”, no concurre en su actuación “esa infracción del cuidado objetivamente debido”, pues de “los informes del Médico Forense no se desprende ningún indicio” de que el pediatra “desplegara una conducta médica que incidiera en el fallecimiento de la recién nacida, sino más bien que la actuación del mencionado facultativo lo fue conforme a la lex artis y con la sintomatología que se presentó en cada momento, poniendo a su disposición todos los medios materiales que tenía a su alcance para intentar la reanimación profunda de la recién nacida, cuyo deceso fue debido a una neumonitis química aguda ocasionada por aspiración de meconio, dándose la circunstancia, según aparece en la hoja de incidencias (...), de ‘aguas claras’, lo cual significa que no había ningún síntoma que hiciese sospechar una alteración del bienestar fetal, y mucho menos que hubiera peligro de existencia de síndrome de aspiración

meconial, causa del fallecimiento como acabamos de señalar, haciendo constar por su parte el ginecólogo que asistió al parto que el uso de la ventosa fue para abreviar la expulsión, no por sufrimiento fetal, periodo que no superó las tres horas conforme a lo establecido al respecto por los protocolos de la SEGO, al tratarse de una parturienta nulípara”.

7. Mediante oficio de 20 de junio de 2011, el Director Médico del Hospital remite una copia de la historia clínica de la recién nacida y del episodio correspondiente al parto de su madre, así como un informe del Servicio de Pediatría.

La historia clínica está integrada, entre otros, por los siguientes documentos: a) Registro cardiotocográfico del parto. b) Hoja de parto del día 12 de julio de 2008, con anotación de “ventosa para abreviar expulsivo”. c) Hoja de historia clínica correspondiente a la madre en cuya exploración consta “salida de LA claro”. d) Hoja de curso clínico relativa a la recién nacida, del día 12 de julio de 2008, en la que figura que “avisan por parto a término, sin datos de sospecha de alteración del bienestar fetal y líquido amniótico claro, al que intentan realizar un parto instrumental (ventosa)./ Al nacimiento presenta buen color, buen latido cardíaco > 100 lpm, ausencia de reflejo e hipotonía y aparente no respiración espontánea, por lo que se realizan maniobras de reanimación con presión positiva intermitente antes del minuto de vida, tras lo cual inicia respiraciones espontáneas; persiste buen latido cardíaco > 100 lpm, y buen color y sigue hipotonía. Al realizar las respiraciones espontáneas se aprecia a la auscultación hipoventilación moderada y runcus y secreciones. Se siguen realizando medidas de apoyo respiratorio con oxigenoterapia y estimulación para ver si inicia el llanto (...) pero persiste su dificultad respiratoria (...). Se decide su traslado a la Unidad de Neonatología a los 15 minutos aproximadamente de su nacimiento”. Allí “se aprecia que (22 h 45 min) la perfusión comienza a empeorar periféricamente./ La FC se mantiene en 124 (l/m) con la SO_2 74%./ Se realiza intubación endotraqueal y (...) ventilación mecánica. Tras ello, en lugar de mejorar, empeora bruscamente (...). Al aspirar

el tubo endotraqueal se aprecia líquido meconial teñido./ La saturación inicia descenso progresivo./ Reintentábamos y misma situación clínica./ Se aprecia ahora que inicia bradicardia intensa mantenida, por lo que instauramos medicación endotraqueal (...) y masaje cardíaco./ Al persistir la misma situación clínica añadimos dosis de atropina; persiste ahora ausencia de latido (...), inicia palidez mitral./ Seguimos con reanimación avanzada, con intubación con ventilación mecánica y masaje cardíaco y 3 dosis de medicación endotraqueal (...). Sigue con su misma situación clínica, sin latido, palidez cadavérica, no respiración ni otro signo de vitalidad./ A los 30 minutos de inicio de reanimación cardiovascular avanzada se suspende./ En Rx tórax realizada -informada verbalmente Rx de guardia- aprecia alteración en pulmón izq., como sugerentes de hipoplasia pulmonar, y en hemitórax derecho como algo hiperinsuflado y diafragma invertido (pendiente de informe definitivo). En todo momento de la reanimación se realizó conjuntamente con anestesista de guardia, apreciando los mismos datos clínicos y haciéndose eco de lo inusual del empeoramiento tan brusco de la paciente, a pesar de las maniobras de reanimación y la inefectividad de tales medidas. Se informó al padre de lo acontecido. Se firma autorización necropsia". e) Informe del Servicio de Anatomía Patológica, fechado el 11 de agosto de 2008. En el apartado relativo a la descripción macroscópica se señala "apertura de tráquea: material de coloración verdosa que ocupa la práctica totalidad de la misma, así como el origen de bronquios principales"; "pulmón dcho. (...), el tejido pulmonar flota en agua (los tres lóbulos)./ Pulmón izdo. (...), ambos lóbulos (...) flotan en agua". En el correspondiente a la descripción microscópica se refleja que los pulmones "presentan material fibrilar basófilo entremezclado con escamas y material granular en tono oscuro, todo ello sugestivo de meconio a nivel de bronquios", y que material similar se observa en laringe y tráquea. En el epígrafe diagnóstico constan, entre otros, el de "síndrome de aspiración de meconio del recién nacido./ Obstrucción de la vía aérea por tapones grandes de meconio./ Neumonitis química aguda por meconio". Como causa directa de la muerte se consigna "neumonitis química aguda ocasionada por aspiración de meconio

hasta la cavidad alveolar” y, como causa básica, “una hipoxia durante el expulsivo o muy poco tiempo antes del mismo”. En “epicrisis” se indica que “la hipoxia fetal por mecanismo vagal ocasionó movimientos peristálticos del tubo digestivo y relajación del esfínter anal con la consiguiente expulsión de meconio. La aspiración de meconio tuvo lugar en el canal del parto obstruyendo la vía aérea y contactando con el epitelio alveolar./ Algunos componentes del meconio (ácidos grasos, sales biliares, etc.) liberan citoquinas que son las responsables principales de la neumonitis química difusa. La alteración en la tensión superficial de los alvéolos por los ácidos grasos del meconio causa atelectasia. La hiperdistensión alveolar es debida a la hiperinsuflación secundaria a la obstrucción parcial de las vías aéreas./ La neumonitis química aguda por meconio es la lesión pulmonar de mayor gravedad, produjo hipoxia con alteración de la ventilación y de la perfusión pulmonar”.

El facultativo que dispensó asistencia a la recién nacida el día 12 de junio de 2008 informa, con fecha 20 de junio de 2011, que “estando como pediatra de guardia (...) acudí el día referido a requerimiento del S. de Ginecología y Obstetricia a la sala de paritorios por realización de una ventosa para alivio expulsivo, no por otro factor de riesgo, pocos minutos antes de la realización de la misma”. Tras el resultado de la evaluación general, especifica los cuidados de rutina dispensados “(secado, aspiración de secreciones orofaríngeas claras, etc.)”, reseñando que al persistir aquella situación se inicia el protocolo. A continuación, refiere el proceso asistencial hasta el fallecimiento de la niña en los mismos términos que figuran en la hoja de curso clínico y añade las consideraciones del informe de necropsia sobre la causa de la muerte y epicrisis.

8. Obra incorporado al expediente el informe de una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, datado el 27 de julio de 2011 y realizado colegiadamente por un facultativo especialista de Área y dos especialistas en Obstetricia y Ginecología. Exponen que el informe “deberá ir encaminado a conocer si realmente existió una situación de hipoxia

severa durante el parto que no fue detectada o diagnosticada por los profesionales asistentes” al mismo. Señalan que “la causa del fallecimiento fue la aspiración de líquido meconial, pero no sabemos exactamente el momento en que esta se produjo, siendo más probable, según el informe de la autopsia y dado que no se pudo objetivar durante todo el proceso del parto, que la expulsión de meconio se produjese en el periodo expulsivo de una forma masiva y aguda. La realización de una cesárea no estaba indicada, y en todo caso no se puede asegurar que hubiese podido evitar el fatal desenlace”. Se preguntan que si “el síndrome de aspiración meconial está directamente relacionado con una situación de hipoxia, ¿cómo es posible que el registro no mostrara patrones claramente patológicos?”, apuntando dos posibles respuestas: “la propia imperfección del registro cardiotocográfico fetal como test diagnóstico de situaciones de hipoxia”, especificando que pueden “aparecer registros anormales con fetos sanos o, al contrario, fetos comprometidos con registros dentro de la normalidad”, o una patología pulmonar de base, de origen prenatal y no diagnosticable. Concluyen que “el control fetal del parto se realizó con los medios adecuados (registro cardiotocográfico continuo) y se interpretó de forma correcta”; que “la decisión de extracción fetal se realizó en el momento adecuado, sin que existiera previamente indicación para hacerlo de forma más prematura”; que, “a la vista de las copias de los registros de los que disponemos, no hay evidencia de patrones sugestivos de una situación de hipoxia severa o grave que pudiera relacionarse con la aspiración meconial”, y que “el síndrome de aspiración meconial es un cuadro complejo de causa no aclarada y que suele relacionarse con situaciones de hipoxia aguda, crónica o infecciones”. Por ello, “desde nuestro punto de vista la actuación médica en este caso debe considerarse correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

9. Con fecha 4 de octubre de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que “la actuación de los profesionales intervinientes en el proceso

asistencial estuvo ajustada a la *lex artis*, reproduciendo los argumentos de la resolución judicial.

10. Mediante escritos de 2 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

11. El día 17 de enero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El 25 de ese mismo se se persona un representante de estos en las dependencias administrativas y obtiene una copia del aquel, compuesto en ese momento por ciento veintidós (122) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 3 de febrero de 2012, los reclamantes presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones al que adjuntan el "informe del Médico Forense de fecha 19 de marzo de 2009", declaraciones de un testigo médico y del facultativo que atendió a la recién nacida, así como los "protocolos médicos de la Sociedad Española de Neonatología", indicando que dichos documentos "acreditan la causa de la reclamación", pues los protocolos describen las medidas a tomar en situación de absorción de meconio y en los otros documentos constan "las prácticas realizadas por los médicos intervinientes en el presente caso, ratificándonos en lo ya expuesto y alegado en el escrito de reclamación". Transcriben parte de los protocolos que acompañan y el informe médico forense, aclarando que "se practicaron todas las maniobras que establece el protocolo, si bien en orden inverso", y que el informe del pediatra no menciona "haber realizado maniobras de aspiración de meconio". Añaden la concurrencia de parto prolongado (expulsivo de más de 2 horas) como factor de riesgo para el recién nacido, reconocido por la Asociación Española de Pediatría, y sostienen que el pediatra "debió prevenir que el recién

nacido viniera con meconio, dado que hubo sufrimiento fetal”. Consideran que de la declaración del pediatra ante el juzgado se desprende “que en ningún momento aplicó el protocolo de actuación neonatal que el mismo menciona (...); más bien todo lo contrario, como ha dicho el Médico Forense, primero aplicó ventilación con presión positiva”. Aseguran que “si el recién nacido tiene meconio y obstruye las vías respiratorias y además aplicamos ventilación positiva lo que estamos haciendo es meter el meconio para adentro (...), obstruyendo más las vías, consecuencia de que el meconio después fuera como una pasta y de imposible solución”. Aprecian contradicciones entre la declaración del facultativo que atendió a la recién nacida y la testigo del Área de Neonatal, que manifiesta al ingreso del recién nacido “que viene impregnado de meconio”, concluyendo que el facultativo incurrió en “imprudencia hasta cierto punto temeraria”.

Solicitan testifical del patólogo que elaboró el informe de 17 de julio de 2008, de la médico forense, del pediatra que atendió a la recién nacida y de otra facultativa y documental aportada con el escrito de alegaciones y que se libre oficio al Juzgado de Instrucción N.º 2 de Avilés a fin de que aporte copia del procedimiento seguido ante el mismo.

Adjuntan los siguientes documentos: a) Acta de declaración del facultativo que dispensó la atención a la recién nacida, de 19 de febrero de 2009, en las diligencias penales seguidas ante el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Avilés. Se consigna en ella que “al hacer la aspiración del niño (...) apreció que este era líquido claro y fluido, lo que es indicativo de bienestar”. b) Informe médico forense de 19 de marzo de 2009. En él consta que “en el caso que nos ocupa (...) la llamada al pediatra está justificada bajo la posibilidad de que existiera sufrimiento fetal debido al excesivo periodo de expulsión, que fue, según consta en la hoja de parto, 2 horas y 30 minutos”, y que “en la hoja de nidos-control del parto no figura señalada la casilla de aguas meconiales ni la de sufrimiento fetal, por lo que no sugiere que hubiera ningún problema relacionado con el feto. Sin embargo (...), solo el hecho de que el periodo expulsivo fuese de tan larga duración ya sería suficiente como para pensar en

un posible sufrimiento fetal, puesto que (...), según los 'protocolos asistenciales en Ginecología y Obstetricia' de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, el periodo normal de expulsión en una mujer primípara es de 60 minutos". Añade que "es cierto que el ginecólogo en la hoja de curso clínico emite la expresión 'ventosa para abreviar el expulsivo', obviando que hubiera ningún tipo de sufrimiento fetal. Efectivamente, según lo expresado en las hojas clínicas, no habría ningún síntoma que indicara la presencia de complicaciones en el feto, y mucho menos de un síndrome de aspiración meconial". Añade que "en el capítulo de reanimación del recién nacido que se aporta, concretamente en la página 84, se establece la necesidad de intubar al niño y aspirar en el caso en que esté deprimido, lo cual coincide con nuestro caso, puesto que presentaba hipotonía generalizada y respiraciones espontáneas con dificultad. Posteriormente se recomienda iniciar oxigenación y ventilación con presión positiva./ En el caso que nos ocupa, según consta en el informe del pediatra (...), se le practicó a la recién nacida reanimación con presión positiva intermitente (...) antes del primer minuto de vida y, posteriormente, se la intubó dada la persistencia de dificultad respiratoria. No se menciona en dicho informe haber realizado maniobras de aspiración de meconio; sin embargo, este hecho sí consta en el informe de observaciones y evolución de enfermería de Neonatología, donde se expresa que se intubó a la recién nacida, se comenzaron maniobras de ventilación y se aspiraron abundantes secreciones meconiales espesas./ Por tanto, se practicaron todas las maniobras que se establecen en el protocolo, si bien en orden inverso; es decir, primero se le aplicó ventilación con presión positiva y posteriormente se le aspiró, según consta en los informes del pediatra y de enfermería"; que "el informe del Servicio de Anatomía Patológica establece como causa principal de muerte un síndrome de aspiración de meconio. Se puede considerar masivo, puesto que esta sustancia tan espesa obstruía la totalidad de la tráquea, bronquios principales, bronquiolos e incluso alcanzaba los alveolos pulmonares. Este proceso de aspiración meconial fue desencadenado por un sufrimiento fetal producido durante el periodo expulsivo que (...) fue demasiado

prolongado”; que “en el informe de Anatomía Patológica se pone de manifiesto la existencia de aire en los pulmones, prueba de lo cual es el hecho de que floten en el agua, una vez descartado cualquier tipo de malformación pulmonar. Esto indica que sí hubo respiraciones eficaces que llevaron aire a los pulmones, lo cual coincide con el hecho de que la recién nacida llegó a realizar respiraciones espontáneas aunque con dificultad, además de indicar una adecuada reanimación respiratoria por parte del pediatra”; que “se puede considerar que el médico pediatra (...) realizó su ejercicio profesional conforme a la lex artis ad hoc (...). En casos de aspiración masiva de síndrome meconial se debe realizar con la máxima prontitud posible la aspiración traqueal de la sustancia meconial. Sin embargo, al estar el meconio tan profundo en las vías respiratorias, es muy frecuente que no sea completamente eficaz la maniobra de aspiración. Por tanto, en estos casos lo prioritario es evitar que se produzca esta situación mediante profilaxis del sufrimiento fetal, que en el caso que nos ocupa se produjo por el tiempo tan prolongado del periodo expulsivo del parto”. Concluye que “el médico pediatra de urgencias (...) siguió adecuadamente los protocolos de reanimación neonatal, utilizando para ello todos los medios materiales de que disponía y empleando un tiempo razonable para ello./ Asimismo, se debe tener en cuenta que la información que le fue aportada sobre el curso del parto fue del todo normal, no existiendo, según el criterio del personal de Ginecología que asistió al parto, ningún problema durante el mismo, si bien es cierto que el periodo expulsivo duró más de lo estipulado como normal”. c) Acta de declaración de testigo, de 1 de junio de 2009, en las diligencias penales seguidas ante el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Avilés. Afirma ser médica, “avisada sobre las 14 horas para poner una epidural” a la madre de la recién nacida; que “desde las 20 horas estuvo en paritorios (...) y, sobre las 22:00 o 22:30 horas, las ginecólogas decidieron hacer una ventosa, dado que la paciente se encontraba cansada y ya estaba algo dilatada desde las 20:00 horas. Cuando se adopta esta decisión entra para controlar a la paciente (...) y permanece en la misma sala hasta que finaliza el parto”. Declara que “no tuvo sufrimiento fetal detectado” y que “el parto en el que (...) estuvo presente

se desarrolló perfecto". A las preguntas formuladas por la acusación particular, responde "que conoce el protocolo de reanimación neonatal (...). Que si el protocolo dice que la primera fase es la de aspiración, ella no lo vio pero si le dijo el pediatra que le había aspirado secreciones claras. Que eso tiene lugar durante los primeros 30 segundos". d) Manual de reanimación neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. En el apartado referente a situaciones especiales se consigna la de líquido amniótico meconial, y distingue entre la aspiración intraparto y la "aspiración posparto: si el recién nacido nace deprimido (respiración ausente, hipotónico o frecuencia cardíaca < 100 lat./min), inmediatamente después del nacimiento, sin secarle ni estimularle, debe comprobarse mediante laringoscopia directa si existe meconio en faringe y tráquea, en cuyo caso se intubará al niño y se aspirará". e) Recomendaciones en reanimación neonatal de la Asociación Española de Pediatría. En el epígrafe relativo a "reanimación en situaciones especiales" se incluye la de "líquido amniótico meconial", señalando que "si tras el nacimiento el niño presenta apnea o dificultad respiratoria, hipotonía muscular o frecuencia cardíaca (...) se le colocará bajo una fuente de calor (...), evitando el secado y la estimulación, y mediante laringoscopia directa se procederá a aspirar la hipofaringe e intubar y succionar la tráquea". f) Manual de Neonatología, sobre problemas en la guardia. g) Tratado de Neumología Infantil. h) Protocolos "realizados por el grupo de RCP Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (realizado en el año 2004 y actualizado en 2006) en los que basamos nuestra actuación en la reanimación neonatal" y "los esquemas que sobre dicha actuación figuran en todos los paritorios y en el antequirófano donde se realizan las cesáreas y en la Unidad de Neonatología", remitidos por la Jefa del Servicio de Pediatría del Hospital, a petición del Juzgado.

12. Con fecha 13 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios acuerda "acceder a la incorporación de las alegaciones realizadas con las consideraciones clínicas que en ellas se efectúan y denegar la práctica de las pruebas testificales interesadas, así como la

obtención mediante oficio librado al Juzgado de las diligencias practicadas, por considerar que los informes y las declaraciones efectuadas en su día por imputado y testigos, obrantes todos ellos en el expediente, aclaran suficientemente los hechos acaecidos por los que se reclama, y permiten una valoración justa y ponderada de los mismos”. Consta notificado a los reclamantes el día 16 del mismo mes.

13. El día 21 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Reproduce los argumentos de los especialistas en Obstetricia y concluye que “la asistencia médica proporcionada fue correcta y ajustada a la *lex artis*, atendiendo las complicaciones que iban surgiendo”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de marzo de 2012, registrado de entrada el día 16 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, constando en el expediente su condición de padres de la recién nacida. Además, pueden actuar a través de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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

TERCERA.- Los reclamantes dirigen a la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que comunican el inicio y la tramitación de diligencias penales contra personal de la misma por los hechos que desembocaron en la muerte de una recién nacida, pretendiendo la interrupción del plazo para reclamar ante esa Administración.

Según lo dispuesto en el artículo 1973 del Código Civil, la “prescripción de las acciones se interrumpe por su ejercicio ante los Tribunales, por reclamación extrajudicial del acreedor y por cualquier acto de reconocimiento de la deuda por el deudor”. En consecuencia, el plazo para reclamar la responsabilidad de la Administración no puede interrumpirse por la comunicación de unas actuaciones judiciales, por lo que dicha manifestación resulta irrelevante. Ahora bien, en el citado escrito también se requiere el abono de un importe en concepto de indemnización por lo que estiman una incorrecta actuación del servicio público sanitario; por tanto, ha de considerarse, como hizo el Servicio instructor, que contiene una reclamación de responsabilidad patrimonial.

En cuanto al plazo de prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 13 de julio de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la recién nacida- el día 12 de julio de 2008. Habida cuenta que el día 12 de julio de 2009 -último del plazo- era inhábil, dicho plazo debe entenderse prorrogado al día siguiente, a tenor de lo establecido en el párrafo 3 del artículo 48 de la LRJPAC. No obstante, debe subrayarse el dato de que el poder que acredita la representación fue otorgado el 23 de julio de 2009, lo que podría conducir a estimar, siguiendo la doctrina de este Consejo, que la reclamación se ha presentado extemporáneamente. Sin embargo, hay que considerar, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 146.2 de la LRJPAC, la eficacia interruptiva del plazo de prescripción derivada del curso de un proceso penal por los mismos hechos que dieron lugar al Auto de 26 de abril de 2010 de la Audiencia Provincial de Oviedo, y que determinó la suspensión del procedimiento administrativo. A pesar de que la comunicación de este auto por parte del reclamante a la Administración se produjo en una fecha notoriamente posterior, en concreto el 3 de mayo de 2011, dados los términos genéricos con los que la suspensión del procedimiento administrativo se produjo y, atendiendo a un principio antiformalista en el cómputo de los plazos, puede entenderse que la reclamación fue presentada 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, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, incluso teniendo en cuenta la suspensión del procedimiento. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial derivado del fallecimiento de una recién nacida.

Ha quedado constancia en el expediente del hecho luctuoso y de que el mismo ocurrió en un hospital público. Aunque los reclamantes no han especificado en ninguno de sus escritos los daños que soportan, habida cuenta de su condición de padres de la niña, podemos presumir que han sufrido daños morales, lo que obliga a analizar el fondo de la reclamación.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso 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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir 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 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 concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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.

En el escrito inicial los interesados hacen referencia al fallecimiento de la recién nacida como argumento para sostener su petición indemnizatoria; en cambio, en el trámite de audiencia reprochan negligencia médica, que concretan en la omisión de maniobras de aspiración de meconio tras el parto.

Sin embargo, el hecho del fallecimiento de la recién nacida no revela que la asistencia sanitaria haya sido inadecuada, y los reclamantes no aportan prueba de la imprudencia que achacan al facultativo que la dispensó o que la realización de la indicada maniobra pudiera impedir la muerte de la niña. Al contrario, tanto los documentos que acompañan -demanantes del proceso penal- como los informes emitidos en el procedimiento permiten descartar la relación de causalidad entre la asistencia sanitaria dispensada en el caso y el fallecimiento y avalan la actuación de los médicos que asistieron el parto y los que atendieron a la recién nacida.

En efecto, el Auto de la Audiencia Provincial de 26 de abril de 2010 considera probado que la muerte de la recién nacida se debió a una neumonitis química aguda ocasionada por aspiración de meconio, tal y como confirman los informes médicos y el informe de necropsia adjuntados al expediente. Ahora bien, toda la documentación incorporada al mismo coincide en señalar la ausencia de indicios que hubieran hecho previsible tal circunstancia durante el parto. Así, los especialistas en Obstetricia y Ginecología confirman que el registro cardiotocográfico no mostraba datos que pudieran relacionarse con la aspiración meconial y consideran que la actuación de los facultativos que atendieron a la madre fue correcta. Por su parte, el informe técnico de evaluación incide en la misma idea al subrayar que la presencia de un líquido amniótico claro “significa que no había ningún síntoma que hiciese sospechar una alteración del bienestar fetal, y mucho menos de que hubiera peligro de existencia de síndrome de aspiración meconial”, avalando la corrección de la actuación sanitaria. Del mismo modo, el informe del Médico Forense indica que, “según lo expresado en las hojas clínicas, no había ningún síntoma que indicara la presencia de complicaciones en el feto, y mucho menos de un síndrome de aspiración meconial”. Esta misma ausencia de indicios sirve de fundamento a la resolución judicial para justificar que la actuación del pediatra que atendió a la recién nacida fue conforme a la *lex artis*.

Tampoco ha quedado acreditado que la asistencia recibida por la recién nacida una vez producido por el parto fuese contraria a la *lex artis*. En este

sentido, el Médico Forense -según informe aportado por los propios reclamantes- manifestó que “se le practicaron en todo momento a la recién nacida todas las maniobras de reanimación que tenía el pediatra a su alcance. Por tanto, se puede considerar que la actuación profesional durante ese periodo de tiempo fue rápida y (...) acorde con la situación”. Destaca, además, que en casos como este, en que el meconio está muy profundo, es muy frecuente que las maniobras de aspiración no sean completamente eficaces.

En definitiva, no cabe vincular el daño alegado en el caso con la asistencia sanitaria dispensada, cuya corrección ha quedado acreditada.

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.