

Expediente Núm. 102/2015
Dictamen Núm. 126/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
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 9 de julio de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de junio de 2015 -registrada de entrada el día 9 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hija durante el parto.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de marzo de 2014, un letrado, en nombre y representación de los interesados, presenta en un registro dependiente de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hija durante el parto.

Señala que “el día 1 de noviembre de 2009, en la semana 41 de embarazo”, su representada “acudió al Servicio de Urgencias del Hospital por pérdida de líquido verdoso por vía vaginal”. Se le “realizó una exploración y (se) conectó el monitor del registro cardiotocográfico” desde las 23:20 horas hasta las 23:42. Precisa que la matrona le indicó “que parecía haber roto la bolsa amniótica pero que no estaba dilatada” y fue trasladada a una habitación.

Manifiesta que a la 1:30 de la madrugada, ante la persistencia de las contracciones, es llevada a la sala de partos y “se vuelve a monitorizar (...) a partir de la 1:33. A la 1:43 se avisa a la médica de guardia para realizar una monitorización interna./ En la hoja de curso clínico de parto se hace constar la existencia de dudas respecto a si el latido cardíaco que se registra es del feto o de la madre. El intento de monitorización interna fracasa y se objetiva un latido fetal marcadamente bradicárdico. Útero contraído y doloroso, por lo que se indica cesárea de urgencia”.

Especifica que “a las 2:25 nace” la niña, reseñando que “se trata de un feto hembra con abundante líquido meconial intenso en puré de guisantes. Presenta dos vueltas de cordón al cuello y se encuentra en parada cardiorrespiratoria”. A las 2:40 se extrae la placenta, que se encuentra prácticamente desprendida al ir a despegarla./ Con fecha 12 de noviembre de 2009 el informe de Anatomía Patológica indica: feto de sexo femenino de 41 semanas sin alteraciones macroscópicas. Broncoaspiración masiva de meconio. Congestión visceral generalizada”.

Considera, “a la luz de la historia clínica” de la madre, “que la asistencia al parto (...) fue claramente deficiente”, ya que “desde el primer momento, ante la existencia de meconio y de alteraciones en el registro cardiotocográfico, debió extremarse la precaución”. Entiende que el registro cardiotocográfico “realizado (...) al ingreso en el Hospital fue mal evaluado. Era un registro patológico y fue valorado como normal. El mismo informe de alta, catalogando el (registro) con una puntuación de 8 en el test de Dexeus, evidencia que (...) no era normal, sino prepatológico”.

Afirma que “el error en la valoración del (registro) provocó una actuación incorrecta. Ante un registro alterado corresponde una monitorización continua. Dado que la base de la patología radicaba en las circulares de cordón, de haber permanecido monitorizada la paciente las alteraciones en el (registro) hubieran aumentado a la vez que aumentaba el deterioro fetal. Este hecho hubiera supuesto un diagnóstico y una cesárea cuando la situación del feto no era irreversible”. Niega “desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, dado que el Servicio de Anatomía Patológica es concluyente al señalar que no existen alteraciones histológicas en esta”.

A su juicio, “es evidente que a lo largo del proceso asistencial no se actuó con la diligencia que le era exigible al servicio público y no se evaluó dicho registro ni se corrigió la situación de riesgo”.

Refiere la presentación de una denuncia y el procedimiento penal consiguiente, que finalizó mediante auto de sobreseimiento “que remitía a otras vías jurisdiccionales”.

Pone de relieve que la cesárea “se hizo con retraso y el feto se encontraba afectado”. Sostiene que “si se hubiera realizado un correcto control la pérdida de bienestar fetal podría haberse evitado finalizando antes el parto por la vía más rápida posible, siendo (...) la cesárea la indicación”.

Estima que “el estado de la ciencia y el servicio público sanitario del Principado de Asturias contaba con los recursos técnicos y humanos que permitían haber efectuado la pauta asistencial conforme a los criterios de normalidad de los profesionales sanitarios”, y añade que “si se hubieran puesto dichos medios a disposición de la hija de mis representados se habría podido sospechar la existencia del riesgo en que se encontraba y haber finalizado el parto de inmediato. Así se habría evitado el fallecimiento” de la niña.

Reprocha, asimismo, que “en ningún momento se informó a los padres de la posibilidad de (...) un riesgo para la niña” que les hubiera permitido “haber participado en la toma de decisiones sobre su cuerpo y el parto (...) con el fin de escoger en consecuencia y con conocimiento pleno”, lo que supone un

incumplimiento del deber de información, subrayando que “ya solo esto es una grave negligencia que hace surgir la responsabilidad del servicio público”.

Considera “indescriptible el sufrimiento que ha causado toda esta situación a la familia”, especificando los pormenores del mismo, desde la alegría del embarazo y los preparativos realizados hasta el “temor de volver a casa” tras el alta hospitalaria, y que “todas sus ilusiones y proyectos quedaron truncados de repente (...), sin que en la actualidad el nacimiento de hijos gemelos haya mitigado la ansiedad”, añadiendo que “ha habido un antes y un después” en sus vidas.

Manifiesta que “es incuantificable el dolor que como padres toda esta situación les ha causado. No existe ningún baremo que sea aplicable a este supuesto concreto”, y que una aplicación estricta por analogía del baremo de accidentes de circulación de tráfico nos llevaría a una indemnización por importe de 157.700,29 € (105.133,53 € + 50% por ser hija única). No obstante, consideran que en este caso, “atendiendo a las específicas circunstancias en que sucedió el fallecimiento, derivándose de una especial situación angustiosa para los padres, ha de incrementarse dicha cantidad un 30%”, y cita al respecto una sentencia de la Audiencia Provincial de Valladolid.

Además, “siguiendo el criterio establecido por (...) los Tribunales Superiores de Justicia y por el Tribunal Supremo”, reclama 30.000,00 € más como concepto autónomo “por el daño moral producido al no dejarles conocer ni tomar parte en las decisiones que en su salud y en la de su hija se estaban produciendo”. Justifica esta cuantía “haciendo una estimación de los criterios expuestos en sentencias del Tribunal Supremo en similares circunstancias”, (Sentencias de 27 de diciembre de 2011 y de 26 de marzo de 2012).

Reclama una indemnización cuyo importe total asciende a doscientos treinta y cinco mil diez euros con treinta y ocho céntimos (235.010,38 €) “por las consecuencias derivadas de la actuación negligente y disfunción asistencial de los servicios de asistencia sanitaria públicos del Principado de Asturias, por una falta de diligencia y correcta asistencia médica en el diagnóstico del sufrimiento fetal y falta de información a la paciente, así como por el daño

moral causado a la familia (...), más los intereses legales oportunos desde la fecha del fallecimiento, siendo aplicable además lo dispuesto en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguros en el caso de comparecer alguna compañía de seguros en este procedimiento”.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos otorgado el día 15 de enero de 2014 a favor del letrado que presenta la reclamación. b) Registros cardiotocográficos de 1 de noviembre de 2009, entre las 12:17 y las 12:53 horas y entre las 23:20 y las 23:43 horas, y de 2 de noviembre de 2009, entre la 1:31 y las 2:00 horas. c) Notas de progreso correspondientes al día 2 de noviembre de 2009, en las que se anota, a las 00:18 horas, que “viene de partos por sospecha de bolsa rota, cultivos negativos, sin dinámica (...), queda en la habitación en espera de comienzo de parto”; a las 3:12 horas, que “nace a las 2:25 horas RN mujer fruto de gestación controlada de 41+3 semanas, tras cesárea por sufrimiento fetal agudo (CTG no registrable + líquido meconial en puré de guisantes) en ausencia de trabajo de parto evidente. Presenta circular de cordón. Tras la cesárea ausencia de latido cardíaco iniciando RCP”, que se suspende a las 2:40 horas; a las 3:25 horas, que “avisan porque no se coge bien el latido fetal. Dudas de si es latido fetal o materno y líquido amniótico meconial./ Se intenta monitorización interna pero no funciona. Latido fetal de 80-90 por minuto. Útero contraído y doloroso./ Indico cesárea urgente”; a las 3:32 horas, que “llega a Rea tras realización de cesárea (...), hipotenso un poco con la morfina que luego remonto con los sueros. Va con algo de dolor porque no quiere que le ponga más morfina porque se sintió mal”. d) Informe del Servicio de Tocología del Hospital, de 5 de noviembre de 2009, en el que consta el ingreso el día 1 de noviembre de 2009. En el apartado relativo al curso del parto se indica que “acude por Urgencias refiriendo expulsión de moco verdoso y contracciones irregulares”. Consta exploración practicada y que “se aprecia salida de líquido amniótico escaso y sanguinolento./ Se realiza cardiotocograma materno-fetal, apreciándose una frecuencia cardíaca fetal de patrón reactivo (test de Dexeus: 8). La dinámica uterina es irregular, prodrómica./ Se ingresa y

pasa a planta de Ginecología (...). A las 2 h avisan (...) porque la paciente continúa con dolor./ Se realiza una nueva valoración en la que se aprecia salida de líquido amniótico meconial y bradicardia fetal mantenida./ A la exploración presenta dolor abdominal intenso y útero contraído./ Se indica cesárea urgente por sufrimiento fetal y sospecha de desprendimiento placentario./ Nace un feto hembra con Apgar 0 y que no se consigue reanimar. Líquido amniótico meconial. La placenta se encuentra desprendida en casi su totalidad, confirmando la sospecha de desprendimiento placentario". e) Hoja de intervención quirúrgica, de 2 de noviembre de 2011, en la que se refleja "extracción de feto hembra con abundante líquido meconial y que no llora en el campo. Se aprecia doble circular del cordón en cuello (...). Extracción manual de placenta que está prácticamente desprendida al ir a despegarla". f) Informes anatomopatológicos de biopsia y autopsia, de 3 de noviembre de 2009. Se consignan como diagnósticos "placenta de 3.º trimestre sin alteraciones histológicas relevantes" y "feto de sexo femenino de 41 semanas sin alteraciones macroscópicas. Broncoaspiración masiva de meconio. Congestión visceral generalizada", respectivamente. g) Auto del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Luarca de 1 de abril de 2013, en el que se acuerda el sobreseimiento provisional de la causa, figurando como querellantes los aquí representados y como querellados la matrona y la médico que dispensaron la asistencia. En los fundamentos de derecho se señala que "de las diligencias practicadas a lo largo de la instrucción se desprenden los puntos en los que existe discrepancia: la presencia de meconio ya en el momento del ingreso, la interpretación de la gráfica de monitorización y la existencia o no de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta" y se exponen las posiciones de la partes en relación con dichos puntos. También se reseña que el "informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses que analizó la compresa que habían mantenido congelada los querellantes, y en la que supuestamente había presencia de meconio, no halló restos de dicha sustancia en la misma, a pesar de que tenía su superficie manchada de color verdoso". Se añade que "el nudo gordiano de estas actuaciones se encuentra en la interpretación por parte de las querelladas

de los síntomas de la gestante al momento del ingreso, es decir, si había datos de los que deducir la existencia de posible sufrimiento fetal y el mantenimiento de la monitorización./ Sobre la presencia de meconio en el momento del ingreso, no se ha acreditado más allá de la afirmación de los querellantes, pues, si bien había una sustancia verdosa en la compresa que aportaron, lo cierto es que el análisis” realizado por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses “no apreció la presencia de meconio. En cuanto a la gráfica de (registro electrocardiográfico), el perito de los querellantes la considera patológica, sosteniendo lo contrario las periciales de las querelladas, pero los dos peritos judiciales, tanto el Médico Forense como el especialista designado, también concluyen que el registro no es patológico. Nos encontramos -a lo sumo- en un supuesto de error de diagnóstico, en una interpretación subjetiva y discutible de dos descensos de la frecuencia cardíaca susceptibles de interpretación polémica. La existencia o no de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (...) como causa del fallecimiento, o si este se debe a las dos vueltas de cordón, también es objeto de debate. El análisis patológico de la placenta es incompleto, al ser únicamente macroscópico, por lo que, si bien no puede afirmarse con rigor científico que se produjo un desprendimiento placentario agudo, tampoco es descartable dicha hipótesis, que explicaría la causa de la muerte y los síntomas que precedieron a la práctica de la cesárea de urgencia. Por ello, considero que no estamos en ningún caso ante un error grave y burdo, ante una actuación gravemente desatenta, que sea susceptible de constituir una imprudencia grave del artículo 146 del Código Penal./ Lo anterior no quiere decir que no se pueda depurar responsabilidad de la actuación médica analizada, de haberla, en el orden civil o en su caso el administrativo”.

2. Mediante oficio notificado a los reclamantes el 24 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les comunica 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.

3. El día 15 de julio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita una copia de la historia clínica relativa al proceso del parto y un informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital

Mediante oficio de 21 de agosto de 2014, la Gerente del Área Sanitaria I remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada y un informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Notas de progreso en las que se añade, al contenido de las que se adjuntan a la reclamación, anotaciones relativas a los cambios de turno. b) Formulario relativo a la historia perinatal básica, con anotaciones el día 30 de octubre de 2009 y el 1 de noviembre, a las 12:43 horas; formulario de monitorización fetal, de fechas 30 de octubre y 1 de noviembre, a las 12:50 y a las 23:40 horas; formulario sobre la fase de dilatación, con anotaciones el 2 de noviembre de 2009, a la 1:30 y a la 1:50 horas, y un último formulario en el que consta, a las 23:29 horas del día 1 de noviembre de 2009, que "se avisa al ginecólogo de guardia".

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología el 20 de agosto de 2014 consta que "se realiza (...) en base a las anotaciones de la historia clínica, ya que los profesionales que intervinieron no se encuentran actualmente trabajando en este hospital. El caso fue tratado en sesión clínica, como es habitual, la mañana siguiente a los acontecimientos, y posteriormente cuando llegaron los informes de Anatomía Patológica".

Refiere que "los controles clínicos y ecográficos realizados durante todo el embarazo fueron absolutamente normales, con una placenta de inserción posterior normal, no placenta previa". Tras relatar la asistencia dispensada en el caso, considera importante reseñar que "la recién nacida presentaba dos

circulares de cordón umbilical en el cuello, y que a la extracción manual de la placenta esta se encontraba desprendida casi en su totalidad, según describe la ginecóloga que practicó dicha cesárea. Este hecho podría justificar plenamente el cuadro clínico que se presentó de manera brusca y fulminante y que dio lugar al fallecimiento del feto, lo que se denomina muerte fetal intraútero por desprendimiento brusco y prematuro de placenta normoinsera./ Ante la situación de urgencia extrema la información dada a la paciente y familiares se realizó de forma verbal, no dando lugar a hacerlo por escrito”.

Por último, afirma que “es norma del Servicio dar información pormenorizada del curso clínico durante el parto, y así ocurrió en este caso hasta que aparece la urgencia extrema./ El informe de Anatomía Patológica sirve para confirmar el diagnóstico de desprendimiento agudo y prematuro de placenta normoinsera, pues en estos casos la placenta no tiene porqué presentar ninguna anomalía”.

4. Con fecha 2 de diciembre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que “el proceder del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital fue correcto en todo momento, realizándose la atención a la paciente conforme a los protocolos establecidos en el Servicio y de acuerdo con la sintomatología que presentaba (...) en todo momento”.

5. Mediante oficio de 10 de diciembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

6. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito colegiadamente el 8 de febrero de 2015 por una Facultativa Especialista de

Área de un Servicio de Obstetricia y Ginecología y dos Especialistas en Obstetricia y Ginecología.

Por lo que se refiere al momento en que la paciente acudió al hospital, señalan que la actuación en casos como este “debe cumplir dos objetivos:/ Diagnosticar mediante exploración vaginal si el parto se ha iniciado./ Comprobar el estado del feto mediante registro cardiotocográfico”. Afirman que, según el resultado de la exploración, “el parto propiamente dicho aún no se había iniciado” y que “se objetivó la salida de líquido `escaso y sanguinolento´, diagnosticando la existencia de una rotura prematura de membranas, por lo que se indicó el ingreso de la paciente en la planta en espera de la evolución espontánea del parto./ Se realizó una monitorización para valorar el estado del feto y la existencia de contracciones, comprobando que el registro de frecuencia cardíaca era reactivo y que las contracciones eran irregulares y de intensidad moderada”. Estiman que “la actuación realizada puede considerarse como correcta”.

Manifiestan que, “pese a lo afirmado en la demanda, no se detectó la existencia de meconio cuando (la madre) ingresó en el hospital”, pues “el líquido amniótico expulsado fue descrito como sanguinolento (...). El error se comete al interpretar como meconio la secreción verdosa que la paciente había expulsado cuando comenzó a percibir los síntomas y que ella consideró que se trataba del tapón mucoso./ Todas las gestantes durante el embarazo son informadas de los motivos de alarma por los que deben acudir al hospital, y uno de los principales es la existencia de meconio. En este caso la paciente refería pérdida de líquido desde las 16:00 h, es decir desde 7 horas antes de ir a Urgencias, por lo que si ese líquido hubiera sido teñido no dudamos que hubiera acudido mucho antes de lo que lo hizo alarmada por el color del mismo (...). Es imposible que un líquido teñido de meconio posteriormente sea claro, por lo que la ausencia del mismo en la exploración practicada en Urgencias descartaba la existencia previa”. A mayor abundamiento, subrayan que en el auto de sobreseimiento “se hace mención a que los demandantes aportaron como prueba la compresa manchada de verde para su análisis, y que este

demostró que no contenía meconio, sino que eran simplemente secreciones vaginales". Por tanto, y "dado que no existían signos alarmantes que obligaran a una vigilancia continua, fue correcto el ingreso de la paciente en planta".

Niegan la existencia en el registro cardiotocográfico realizado al ingreso de alteraciones sugestivas de riesgo fetal, y, tras exponer diversas consideraciones sobre esta prueba de control fetal, señalan que es el método "más ampliamente utilizado" entre la "multitud" de los propuestos, aunque "por desgracia es un método claramente imperfecto", y especifican los límites del mismo. Citan las guías y protocolos existentes para la interpretación de los patrones de la frecuencia cardíaca fetal intraparto y detallan, "dentro de la confusión existente", los patrones cardiotocográficos que permiten apreciar las situaciones de hipoxia. Tras aplicar "todos esos criterios al registro que se practicó al ingreso" en el caso que se analiza, afirman "que el registro se interpretó adecuadamente como reactivo, y que no existió ningún dato que permitiera clasificarlo ni siquiera como 'sospechoso'". Sostienen que "no se puede interpretar un registro en base a hallazgos aislados en el mismo" y que "debe haber una repetición de las alteraciones para poder tomarlas en consideración, bien porque aparezcan de forma repetida o porque estén presentes en > 50% de las contracciones o que persistan en el tiempo". Ponen de relieve que "en nuestro gráfico hay 2 deceleraciones, hemos visto que no patológicas, pero además hay muchas más contracciones durante las cuales no solo no desciende la frecuencia cardíaca sino que incluso el feto reacciona con ascensos, lo que indica una buena oxigenación". Afirman categóricamente que, "dentro de los parámetros que se valoran, no hay ninguno que nos permita indicar que se trata de un registro patológico; del mismo modo, tampoco existe ninguno de los que la evidencia científica actual relaciona con las situaciones de alto riesgo fetal en las que es precisa una extracción inmediata del mismo".

Rebaten "la valoración del registro en base al test de Dexeus" porque "dicho test solo se utiliza en la valoración de la monitorización (...) realizada durante la gestación antes del parto".

Sobre la situación obstétrica de la paciente cuando “volvió a avisar por contracciones”, estiman que la valoración fue adecuada, pormenorizando las razones en las que se apoya su afirmación. Tras definir el “desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta” y exponer los factores de riesgo asociados al mismo, la variabilidad de la presentación clínica, el desconocimiento de su etiología, el mecanismo de producción y los grados de gravedad, aclaran que “el diagnóstico del desprendimiento de placenta (...) se basa fundamentalmente en la clínica, y sobre todo en la existencia de hipertensión. En este caso (la madre) avisó por aumento del dolor, pero fue el médico al explorarla el que sospechó el desprendimiento por la palpación del útero contraído y doloroso. Se trató de una forma grave de desprendimiento”.

Reseñan las variables que condicionan el tratamiento del desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta según los protocolos vigentes, y afirman que “es una verdadera urgencia obstétrica que no es previsible ni evitable, y ante la sospecha clínica del mismo, cuando existen síntomas, lo único que cabe hacer es extraer al feto de la manera más rápida posible para evitar el efecto de la hipoxia. En este caso, aunque la cesárea se hizo de manera urgente no pudo evitarse la muerte del feto debido a la falta de oxígeno que sufrió, al encontrarse la placenta desprendida prácticamente en su totalidad, como se describe en la hoja quirúrgica”. Añaden que el diagnóstico del desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta “es clínico, de sospecha por la hipertensión o el sangrado y de certeza cuando se confirma el desprendimiento y la existencia de un hematoma retroplacentario. La ausencia de hallazgos histológicos en el análisis de la placenta no es excluyente y es motivada por lo agudo del cuadro, sin dar tiempo a que se produjera el adelgazamiento de la superficie placentaria por la presión del hematoma que se detecta solo en aquellos casos en los que el desprendimiento se mantiene durante más tiempo”.

Señalan que “es incorrecta la secuencia de hechos que establece el perito de parte para explicar por qué se describe la placenta como desprendida, diciendo que tras el nacimiento del feto la ginecóloga se centró en la atención a

la reanimación del neonato, y cuando 15 minutos después volvió al campo quirúrgico la placenta estaba desprendida por el mecanismo fisiológico propio del parto. Resulta incluso sorprendente la afirmación siendo el perito ginecólogo, puesto que nunca el cirujano realiza la reanimación del neonato, sino que lo entrega a la matrona para que dicha asistencia sea realizada por el pediatra, o en el caso que este no esté presente por la misma matrona o el anestesista. En nuestro caso, el pediatra estaba presente en el momento del nacimiento, como consta en las notas de progreso de la historia clínica, y fue el encargado de practicar las maniobras”.

Especifican que “en una cesárea inmediatamente después de extraer al feto se procede a realizar la extracción de la placenta sin esperar a que se produzca el alumbramiento espontáneo para disminuir el tiempo de sangrado suturando rápidamente la herida uterina. Así fue como se hizo en este caso, confirmando la sospecha diagnóstica cuando se halló la placenta prácticamente desprendida sin necesidad de despegarla./ En resumen, la actuación llevada a cabo en relación a la asistencia a (la madre) debe ser considerada correcta. El desprendimiento de la placenta ocasionó una disminución severa de la superficie de intercambio de oxígeno, lo que causó la muerte del feto. Al tratarse de un acontecimiento agudo e imprevisible, a pesar de la rapidez con la que se actuó, no pudo evitarse el adverso desenlace”.

Concluyen que “en el momento del ingreso se apreció salida de líquido sanguinolento, pero no meconio. Cuando la paciente avisó por dolor intenso, casi dos horas después, se detectó meconio (...) coincidiendo con la hipertonia y la bradicardia fetal (...). En la monitorización realizada al ingreso se apreció un patrón fetal tranquilizador. Los dos descensos de frecuencia que se apreciaron no tenían ningún significado patológico, y al existir una adecuada variabilidad fetal e incluso ascensos con las contracciones el registro fue interpretado correctamente como reactivo (...). La presencia de dos vueltas de cordón no fue la causa del fallecimiento del feto, que debe ser atribuido a la falta de aporte de oxígeno por el masivo desprendimiento de la placenta (...). La actuación de los profesionales se ajustó a la *lex artis* y a la buena praxis,

utilizando los medios humanos y materiales adecuados y valorando correctamente las manifestaciones clínicas y el resultado de las pruebas complementarias”.

7. El día 20 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario notifica a los perjudicados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 9 de marzo de 2015, los interesados presentan un escrito de alegaciones en un registro de la Junta de Castilla y León en el que se reiteran en su reclamación inicial. Manifiestan que “a la vista del expediente administrativo se objetivan todos y cada uno de los aspectos en que se basa la solicitud (...). En cuanto al informe del Jefe del Servicio de Ginecología (...), no da ninguna explicación razonable al fallecimiento del feto”, y destacan que tanto el informe técnico de evaluación como este “olvidan que el (registro cardiotocográfico) presentaba deceleraciones y signos que obligaban a realizar una monitorización constante”. Afirman que “las deceleraciones están reconocidas en el informe obrante en el expediente por encargo de la entidad aseguradora”, y que las mismas obligaban a “la monitorización continua, y esta habría permitido detectar la pérdida de bienestar fetal”.

Añaden que “es ampliamente conocido en el ámbito médico que el desprendimiento de placenta es algo progresivo, nunca sucede de forma brusca. En modo alguno dicho desprendimiento justifica el fallecimiento” de la niña, por lo que reiteran su petición de indemnización.

8. Con fecha 4 de mayo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos durante la tramitación del procedimiento.

9. Mediante oficio de 6 de mayo de 2015, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en el mismo que se dio cumplimiento a lo solicitado el día 20 de mayo de 2015.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de junio de 2015, 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, pudiendo actuar por medio 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.- 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 11 de marzo de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 2 de noviembre de 2009, lo que podría llevarnos a entender que es extemporánea. Sin embargo, consta en el expediente el Auto del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Luarca de 1 de abril de 2013, en el que se acuerda el sobreseimiento provisional de la causa iniciada por los perjudicados contra el personal que dispensó la asistencia por la que se reclama.

Al respecto, el artículo 146, apartado 2, de la LRJPAC establece que “La exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial”. El Tribunal Supremo (entre otras, Sentencia de 16 de mayo de 2002 -Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª-) ha sentado, en relación con este precepto, que su “adecuada interpretación (...) exige considerar que la interrupción de la prescripción por iniciación del proceso penal se produce en todos aquellos casos en los cuales dicho proceso penal versa sobre hechos susceptibles en apariencia de ser fijados en el mismo con

trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

En el presente caso, teniendo en cuenta que las actuaciones penales se iniciaron en virtud de querrela formulada en 2010, y que existe coincidencia en los sujetos intervinientes y en los hechos enjuiciados en los órdenes penal y administrativo, consideramos interrumpido el cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial por la exigencia de responsabilidad penal. Por tanto, dada la fecha en la que se dicta el auto por el que se acuerda el sobreseimiento provisional, hemos de entender que la reclamación se ejerce dentro del plazo de un año legalmente determinado, sin necesidad de entrar a valorar el momento en que pudieron tener conocimiento efectivo del mismo.

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.

Ahora bien, 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. 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 en el que se reclama una indemnización por la muerte en el parto de la hija de los perjudicados. Se atribuye la misma a la asistencia dispensada con ocasión del alumbramiento, ocurrido el día 2 de noviembre de 2009.

Consta en el expediente que la hoy interesada ingresó en un hospital público el día 1 de noviembre de 2009 para dar a luz, y que al día siguiente se le realizó una cesárea urgente tras la que nació una niña muerta. Con base en este hecho debemos apreciar que los reclamantes han sufrido un daño de naturaleza moral efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica.

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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las

técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

El diagnóstico en el caso fue el de muerte fetal por desprendimiento de placenta, según consta en el informe del Servicio de Tocología del Hospital El reclamante niega el desprendimiento prematuro de la placenta porque la biopsia practicada no mostró la existencia de alteraciones histológicas (informe del Servicio de Anatomía Patológica), y atribuye el fallecimiento a las vueltas de cordón alrededor del cuello.

La causa del fallecimiento del bebé ya fue objeto de debate en el proceso penal. Así, en el auto de sobreseimiento se hace constar que “el análisis patológico de la placenta es incompleto, al ser únicamente macroscópico, por lo que, si bien no puede afirmarse con rigor científico que se produjo un desprendimiento placentario agudo, tampoco es descartable dicha hipótesis, que explicaría la causa de la muerte y los síntomas que precedieron a la práctica de la cesárea de urgencia”.

Sin embargo, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial se ha incorporado, entre otros, un informe emitido colegiadamente por varios especialistas en Obstetricia y Ginecología que se refiere a este aspecto. Estos niegan que la presencia de dos vueltas de cordón haya sido la causa del fallecimiento del feto, y consideran que el mismo “debe ser atribuido a la falta de aporte de oxígeno por el masivo desprendimiento de la placenta”. Razonan que la ausencia de hallazgos histológicos en el análisis de la placenta “es motivada por lo agudo del cuadro, sin dar tiempo a que se produjera el adelgazamiento de la superficie placentaria por la presión del hematoma, que

se detecta solo en aquellos casos en los que el desprendimiento se mantiene durante más tiempo”.

Los mismos especialistas señalan que el diagnóstico del desprendimiento de placenta “se basa fundamentalmente en la clínica, y sobre todo en la existencia de hipertensión. En este caso (la madre) avisó por aumento de dolor, pero fue el médico al explorarla el que sospechó el desprendimiento por la palpación del útero contraído y doloroso. Se trató de una forma grave de desprendimiento”. Añaden que “es una verdadera urgencia obstétrica que no es previsible ni evitable, y ante la sospecha clínica del mismo, cuando existen síntomas, lo único que cabe hacer es extraer al feto de la manera más rápida posible para evitar el efecto de la hipoxia”. Especifican que “en este caso, aunque la cesárea se hizo de manera urgente, no pudo evitarse la muerte del feto debido a la falta de oxígeno que sufrió, al encontrarse la placenta desprendida prácticamente en su totalidad”. Insisten en que el diagnóstico del desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera “es clínico, de sospecha por la hipertensión o el sangrado y de certeza cuando se confirma el desprendimiento y la existencia de un hematoma retroplacentario”.

Concluyen que “el desprendimiento de la placenta ocasionó una disminución severa de la superficie de intercambio de oxígeno, lo que causó la muerte del feto. Al tratarse de un acontecimiento agudo e imprevisible, a pesar de la rapidez con la que se actuó, no pudo evitarse el adverso desenlace”.

Los reclamantes no han aportado en el trámite de audiencia ningún informe que se oponga razonadamente a lo expuesto, por lo que no puede apreciarse su alegación de que la causa del fallecimiento del feto hayan sido las vueltas del cordón.

En cuanto a la asistencia dispensada en el caso, los interesados reprochan falta de monitorización continuada y el consiguiente retraso en la realización de la cesárea. Consideran que aquella era obligada por la existencia de meconio ya en el momento del ingreso y de alteraciones en el registro cardiotocográfico.

Antes de analizar estos extremos, debemos precisar la secuencia de hechos relevantes. Resulta del examen del expediente que la perjudicada acudió al Servicio de Urgencias sobre las 23:00 horas del día 1 de noviembre de 2009, y se admite en la reclamación que fue monitorizada desde las 23:20 horas hasta las 23:42 horas, volviendo a serlo a la 1:33 horas del día 2 de noviembre. Luego la posible omisión de monitorización se refiere a ese lapso de tiempo de unas dos horas.

Respecto a la existencia de meconio, en el momento del ingreso -23:00 horas del día 1 de noviembre- no se apreció. Cuando la madre ingresó en el hospital se observó un líquido amniótico “escaso y sanguinolento”.

Los especialistas en Obstetricia y Ginecología argumentan que “todas las gestantes durante el embarazo son informadas de los motivos de alarma por los que deben acudir al hospital, y uno de los principales es la existencia de meconio. En este caso la paciente refería pérdida de líquido desde las 16:00 h, es decir desde 7 horas antes de ir a Urgencias, por lo que si ese líquido hubiera sido teñido no dudamos que hubiera acudido mucho antes de lo que lo hizo alarmada por el color del mismo”.

También señalan que “el error se comete al interpretar como meconio la secreción verdosa que la paciente había expulsado cuando comenzó a percibir los síntomas”. Sobre este particular, el auto del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Luarca de 1 de abril de 2013 recoge el informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses en el que consta “que analizó la compresa que habían mantenido congelada los querellantes (aquí reclamantes), y en la que supuestamente había presencia de meconio”, y que “no halló restos de dicha sustancia en la misma, a pesar de que tenía su superficie manchada de color verdoso”.

En cuanto a la valoración de la gráfica del registro cardiotocográfico, consta en el auto de sobreseimiento que “el perito de los querellantes la considera patológica, sosteniendo lo contrario las periciales de las querelladas, pero los dos peritos judiciales, tanto el Médico Forense como el especialista designado, también concluyen que el registro no es patológico”. A la vista de

ello, en el auto se concluye que “nos encontramos -a lo sumo- en un supuesto de error de diagnóstico, en una interpretación subjetiva y discutible de dos descensos de la frecuencia cardíaca susceptibles de interpretación polémica”.

En la reclamación se sostiene que el registro no es normal, sino prepatológico, con base en la puntuación 8 en el test de Dexeus que figura en la documentación clínica. Sin embargo, los especialistas en Obstetricia y Ginecología rebaten la valoración del registro con base en el test de Dexeus porque “dicho test solo se utiliza en la valoración de la monitorización (...) realizada durante la gestación antes del parto”. Los mismos especialistas aseguran que el registro cardiotocográfico es el método más ampliamente utilizado entre la multitud de los propuestos para el control fetal durante el parto, pero que “por desgracia es un método claramente imperfecto”, y especifican los límites del mismo. También citan guías y protocolos existentes para la interpretación de los patrones de la frecuencia cardíaca fetal intraparto, y exponen los patrones cardiotocográficos para la apreciación de hipoxia que estos instrumentos detallan, “dentro de la confusión existente”. Además aplican “todos esos criterios al registro que se practicó al ingreso” en el caso que se analiza, y concluyen que “el registro se interpretó adecuadamente como reactivo y que no existió ningún dato que permitiera clasificarlo ni siquiera como ‘sospechoso’”.

Añaden que “no se puede interpretar un registro en base a hallazgos aislados en el mismo”, como se pretende en la reclamación, y que “debe haber una repetición de las alteraciones para poder tomarlas en consideración, bien porque aparezcan de forma repetida o porque estén presentes en > 50% de las contracciones o que persistan en el tiempo”. Especifican que “en nuestro gráfico hay 2 deceleraciones, hemos visto que no patológicas, pero además hay muchas más contracciones durante las cuales no solo no desciende la frecuencia cardíaca sino que incluso el feto reacciona con ascensos, lo que indica una buena oxigenación”. En fin, afirman categóricamente que “dentro de los parámetros que se valoran no hay ninguno que nos permita indicar que se trata de un registro patológico; del mismo modo, tampoco existe ninguno de

los que la evidencia científica actual relaciona con las situaciones de alto riesgo fetal en las que es precisa una extracción inmediata del mismo”.

Concluyen que “en el momento del ingreso se apreció salida de líquido sanguinolento, pero no meconio. Cuando la paciente avisó por dolor intenso, casi dos horas después, se detectó meconio (...) coincidiendo con la hipertensión y la bradicardia fetal (...). En la monitorización realizada al ingreso se apreció un patrón fetal tranquilizador. Los dos descensos de frecuencia que se apreciaron no tenían ningún significado patológico y al existir una adecuada variabilidad fetal e incluso ascensos con las contracciones el registro fue interpretado correctamente como reactivo”.

Los perjudicados conocieron tales extremos con ocasión del trámite de audiencia, limitándose en el escrito alegaciones a reproducir su reclamación inicial y a manifestar que las deceleraciones obligaban a realizar una monitorización constante que habría permitido detectar la pérdida de bienestar fetal, lo que no es bastante para desvirtuar la completa argumentación contenida en el informe de los especialistas en Obstetricia y Ginecología que da cuenta de la complejidad de la interpretación de los parámetros resultantes del registro.

En cuanto a la omisión de información, la situación de urgencia extrema en el caso exime de la obligación de suministrarla por escrito, constando en el informe emitido por el Servicio actuante que se informó a la madre verbalmente en todo momento.

Todos los informes emitidos en el procedimiento avalan la actuación de los profesionales del Hospital Los especialistas en Obstetricia y Ginecología sostienen que “se ajustó a la *lex artis* y a la buena praxis, utilizando los medios humanos y materiales adecuados y valorando correctamente las manifestaciones clínicas y el resultado de las pruebas complementarias”.

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

en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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,