

Dictamen Núm. 66/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de mayo de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 20 de febrero de 2025 -registrada de entrada el día 26 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de negligencias en la atención recibida durante el parto y el posparto.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de enero de 2024, un abogado, actuando en nombre y representación de la interesada, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de, lo que considera como, una negligente atención recibida durante el parto y el posparto.

Expone que, tras “un parto instrumental mediante una cesárea extractora” realizado el 8 de mayo de 2022, “se constató la existencia de un

desgarro a nivel cervical y tres desgarros a nivel vaginal, un ojal en cara lateral izquierda, otro ojal en cara lateral derecha, otro en cara inferior de vagina, pero no se especifica la longitud y profundidad de los mismos. La exploración posparto fue realizada por la misma profesional MIR (Médica Interna Residente) que asistió al parto instrumental, sin que conste tampoco supervisión./ Desde el momento del parto hasta que se decide la intervención (...) para realizar un drenaje del hematoma en pared vaginal, no existen constancias sobre su evolución, aparición de hemorragia posparto, control evolutivo de sus signos vitales como frecuencia cardiaca, tensión arterial, coloración de piel y mucosas, signos de shock hipovolémico, estado general al ingreso a quirófano, anestesia empleada, transfusión de sangre o plasma, analíticas efectuadas, etc./ Tampoco consta qué profesional realizó la intervención quirúrgica ni la anestesia, desconociendo si se trata de médicos residentes (como en las anteriores intervenciones) o si facultativos especialistas. Del mismo modo, tampoco constan los hallazgos realizados en la mencionada intervención, tamaño y forma del hematoma, desgarros asociados, calidad de los tejidos, friabilidad, si se ha dejado un taponamiento vaginal pos-intervención (...). Con posterioridad a la intervención no se describe la evolución de la paciente, sin constar por ello signos vitales, analíticas de control, tratamiento indicado, aplicación de antibioticoterapia intraoperatoria y posterior, indicación de analgésicos, etc. Solo se menciona un control analítico, sin determinar la fecha, en el informe del alta médica con valores de hemoglobina y hematocrito muy descendidos, en relación a los valores que tenía durante el embarazo y un recuento de leucocitos muy elevados./ La paciente es dada de alta el día 11 de mayo, con las solas indicaciones de acudir a control con la matrona en su centro de salud en una semana. No se le cita para ser controlada por un especialista del Servicio de Ginecología para realizar un seguimiento dadas las complicaciones del posparto”.

Señala que el 15 de julio la reclamante acude a consultas externas del Servicio de Ginecología y Obstetricia para revisión posparto, constando en la historia clínica que “refiere la paciente dolor genital al sentarse y lavarse (...).

Infección tracto urinario (...). El 29 de noviembre consulta en el Servicio de Ginecología en (...). Suelo Pélvico por dolor pelviano crónico desde el parto que aumenta con la regla y con exacerbaciones puntuales y la imposibilidad de mantener relaciones sexuales (...). Se indica tratamiento (...) junto con fisioterapia y derivación a Psicología. Persisten los síntomas correspondientes a neuralgia del nervio pudendo derecho, para cuyo diagnóstico se cumplen cinco criterios mayores y tres menores. No se solicitan ni efectúan estudios complementarios de diagnóstico como una resonancia magnética nuclear para determinar el lugar donde se encuentra el atrapamiento del nervio pudendo (...). El 21 de diciembre acude de nuevo a consultas externas del Servicio de Ginecología a control por dolor pélvico crónico. Refiere mejoría del dolor (...). El 17 de enero de 2023 se realiza consulta telefónica refiriendo empeoramiento (...). El 5 de junio de 2023 vuelve a consulta al Servicio de Ginecología por dolor pélvico crónico (...). Pese al tratamiento la paciente se encuentra agobiada por la situación, sin ver resultados favorables y sin poder mantener relaciones sexuales”.

Sostiene, con base en una pericial que aporta, que si la actuación sanitaria recibida “hubiese sido diligente, prudente, oportuna, con una actuación y toma de decisiones acorde a la gravedad del cuadro clínico que presentó la paciente, se le habrían otorgado otras posibilidades para superar las complicaciones (desgarro cervical, desgarros vaginales, hematoma en pared vaginal, intervención con drenaje del hematoma, atrapamiento del nervio pudendo con neuralgia posterior, dispareunia por neuralgia del nervio pudendo, que presentó a raíz del parto y nacimiento de su hijo”.

Adjunta copia de diversa documentación médica, así como una pericial suscrita por una “perito médico” colegiada.

2. Mediante oficio de 15 de febrero de 2024, el Inspector de Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la fecha de recepción de su escrito de reclamación en el servicio y le advierte de la necesidad de acreditar formalmente la representación alegada, así como de la de cuantificar el daño.

El día 28 de ese mismo mes, el abogado que actúa en nombre de la interesada, presenta en el Registro Electrónico la documentación acreditativa de dicha representación.

3. Mediante escrito de fecha 4 de marzo de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el servicio, la designación de instructor y su régimen de recusación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 18 de junio de 2024 la Gerencia del Área Sanitaria IV remite una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital

El informe expone que la paciente "es conocida por el Servicio de Ginecología y Obstetricia realizándose seguimiento y controles habituales durante la gestación sin incidencias, ingresando en la madrugada del día 08-05-2022 a las 40 + 2 semanas de gestación por pródromos de parto, en evolución espontánea, con instauración progresiva del parto administrándose analgesia epidural ese mismo día a las 15:15 horas, aproximadamente, según consta en la nota del Servicio de Anestesiología./ A las 06:12 horas del día 09-05-2022 se realiza una prueba de parto en quirófano por riesgo de pérdida de bienestar fetal, asistiéndose a un parto instrumental con ventosa (y no un parto instrumental con cesárea extractora como alega la reclamación)./ Según consta en el partograma realizado, la paciente llevaba tres horas en dilatación completa y con presencia de deceleraciones variables de repetición al final del trazado del registro cardiotocográfico. Dicho registro, en el que se presenta la monitorización durante todo el proceso de parto desde su llegada a paritorio, se encuentra digitalizado en la historia clínica de la paciente según se puede consultar./ En el registro se objetiva la presencia de deceleraciones variables

profundas de repetición con descenso de la frecuencia cardiaca fetal durante la propia deceleración hasta los 80 latidos por minuto, con una línea de base de la frecuencia cardiaca fetal entorno a los 160/170 latidos por minuto (es decir una taquicardia fetal leve) con buena variabilidad. Todo ello permite una clasificación del registro cardiotocográfico como una categoría II de la ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos), estando aconsejada, dadas las condiciones de la paciente (tres horas en dilatación completa y una estación 0 según los planos de Lee que corresponde a un III plano de Hodge) la finalización del parto, en su caso por vía vaginal (...), motivo por el que se aplica una ventosa metálica. El recién nacido presenta al nacimiento un Apgar de 6/8 y un pH de sangre de cordón de 7,18, correlacionándose ambos parámetros con la sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal y la necesidad de finalizar el parto como se realizó. Durante el parto la paciente presenta fiebre por lo que acorde a protocolo se administra antibioterapia de forma profiláctica a expensas de resultados de los cultivos./ La aplicación de la ventosa cumplía todos los requisitos (1,2,3) indicados en la aplicación de un instrumento en el parto: presentación cefálica, dilatación completa, bolsa amniótica rota, cabeza encajada en III plano de Hodge y anestesia materna satisfactoria./ La elección del instrumento más adecuado está determinada por las condiciones clínicas del parto y la experiencia del obstetra con el instrumento (4,5). Influirán factores como: la disponibilidad del instrumento, el grado de anestesia materna y el conocimiento de los riesgos y beneficios asociados a cada procedimiento (grado de recomendación A). En general, la ventosa es el instrumento más sencillo de aplicar, requiere menos anestesia materna y tiene menor riesgo de lesión del canal blando del parto. La base de datos de la (Biblioteca) Cochrane realiza una revisión sistemática comprobando la ventosa respecto al fórceps, señalando que la ventosa presenta menor probabilidad de traumatismo vagino-perineal (OR 0.4; IC 95% 0.3-0.5)./ La episiotomía no se realiza de forma rutinaria en nuestro centro sanitario (como se recoge en el protocolo de asistencia al parto normal de nuestro centro y en la guía del Ministerio de Sanidad) salvo necesidad clínica como puede ocurrir en

el parto instrumental, siendo valorada su necesidad por el ginecólogo o matrona que asisten al parto. Las complicaciones maternas que puede presentar la aplicación de una ventosa son similares a las de un parto no instrumental (...). El parto vaginal se asocia con la posibilidad de desgarros perineales. Se estima que aproximadamente el 80-85 % de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el parto vaginal (desgarro o episiotomía) y de ellas aproximadamente el 70 % precisan sutura. El parto vaginal se asocia de forma independiente tanto con lesiones de la musculatura perineal como con lesiones del esfínter anal y con lesiones del musculo elevador del ano, siendo estas lesiones significativamente más frecuentes en el parto instrumental que en el parto espontaneo. No obstante, el parto eutócico no supone ausencia de riesgo. Por ejemplo, aproximadamente un 40 % de las lesiones obstétricas del esfínter anal acontecen en partos eutócicos (...). Todos los partos instrumentales, especialmente en el caso de las pruebas de parto, se realizan bajo supervisión de los adjuntos responsables. En el partograma (...) consta el nombre del residente que realizó la descripción; sin embargo, en el registro interno que se realiza en todos los partos de nuestro centro consta la hora, el tipo de parto y equipo completo en la asistencia como también se puede comprobar./ En el propio partograma se especifican el número de desgarros, así como la propia episiotomía. Consta además el tipo de sutura realizada en cada uno de los desgarros de la mucosa vaginal, desgarros tipo I dada la localización de los mismos, así como del desgarrro a nivel cervical. No es necesario describir la longitud de los mismos ya que no modifica la actuación. Estos desgarros como se ha especificado pueden acontecer en cualquier parto como consta en el documento informativo con valor de consentimiento informado sobre la asistencia al parto y que se encuentra presente en la Cartilla de Salud Maternal que se entrega a todas las gestantes en nuestra Comunidad".

Prosigue el informe indicando que "tras el parto la paciente se mantuvo en el área de paritorio para realizar el control posparto habitual durante las dos horas siguientes. En las notas de enfermería registradas en la historia clínica la

paciente consta como afebril y normotensa con útero bien contraído y presencia de loquios normales. Todo ello descartaría la presencia de un sangrado agudo o una hemorragia posparto, por lo que ante una evolución habitual en el posparto inmediato la paciente es trasladada a planta de Obstetricia. Las cifras tensionales, de frecuencia cardíaca y temperatura se pueden constatar, a su vez, en la hoja de registro de monitorización de signos vitales que realiza el equipo de matronas y de enfermería y que se encuentra disponible también en el sistema informático. Previo al traslado a planta, la paciente presentaba una temperatura axilar de 36,8 °C y una tensión arterial de 124/71”.

Continúa relatando que la interesada “es valorada esa misma mañana por la facultativa especialista ubicada en la planta de Obstetricia, registrando en su nota clínica la presencia de constantes normales (pudiendo consultarse además en el registro referido previamente) y la presencia de dolor a pesar de analgesia administrada (ibuprofeno hacía unas 3 horas aproximadamente). Durante la exploración se constata la presencia de un área de abombamiento en cara lateral izquierda de vagina, doloroso, con sospecha de la presencia de un hematoma vaginal contenido durante el posparto por lo que se decide reevaluar a la paciente (...) por facultativo especialista ubicado en el paritorio unos 40 minutos después. En la nota que consta en la historia clínica (...), refiere descenso importante del dolor desde la valoración en planta, con mejoría clínica. En la exploración física se constata la presencia de suturas íntegras y no dolorosas, más allá de las molestias esperables tras dicha intervención, así como la presencia del abombamiento en la cara lateral izquierda ya descrito, indurado. Ante la sospecha de un hematoma contenido sin signos de alarma ni sospecha de sangrado activo del mismo en el momento de la valoración (...) se decide realizar drenaje del mismo en quirófano. En la misma nota consta que, dado que la paciente había realizado ingesta esa mañana, se comenta el caso con el Servicio de Anestesia y se decide esperar las horas pertinentes de ayunas antes de realizar la intervención con el fin de disminuir los riesgos anestésicos, dada la ausencia de emergencia en ese momento. La existencia de hematomas en el aparato genital también consta

entre las posibles complicaciones asociadas al parto y que se encuentran recogidas en el documento informativo de la Cartilla de Salud Maternal (...). La paciente es remitida a planta, tras ser informada, indicándosele los motivos de consulta urgente, a expensas de realizar la evacuación del hematoma en quirófano. Hasta el momento de la intervención se realiza control por parte del equipo de enfermería de la planta, constando la presencia de constantes normales previo a la cirugía, sin presencia de hipotensión./ La cirugía es realizada por el equipo de guardia, aproximadamente a las 18:30 horas (...). La intervención se realiza bajo anestesia general según la nota escrita en el informe de anestesia que consta en la historia clínica (...) (en la que también se indica la medicación empleada y las recomendaciones), escrito por la facultativa especialista, indicándose vigilancia posterior en la Unidad de Reanimación durante una hora aproximadamente tras la intervención, antes del traslado a planta. Al encontrarse la paciente con dolor controlado y con constantes en rango (según se indica en notas clínicas de valoración de enfermería, pudiendo constatarse las constantes en la hoja de registro de signos vitales de hospitalización) se produce su traslado tras dicho periodo de vigilancia./ En el informe de Cirugía, así mismo, constan los nombres de los residentes y facultativos especialistas que estaban presentes durante la intervención, tanto del servicio de Ginecología y Obstetricia, como del de Anestesiología. En dicho informe se constata la presencia del hematoma descrito en la cara lateral izquierda de la vagina con sus dimensiones (3 x 1 centímetros), consta a su vez la realización de una incisión en el mismo para su adecuada evacuación y sutura según la técnica habitual, constatándose ausencia de sangrado y la no presencia de hematomas a otros niveles en ese momento. Se deja de forma preventiva una esponja de Spongostan (material hemostático) constatado en nota de enfermería, registrada en la historia clínica./ Ante la mejoría clínica de la paciente y constantes en rango normal (...) es reevaluada a la mañana siguiente, día 09-05-2022, en planta de Obstetricia por la misma facultativo especialista que la había valorado el día anterior tras el parto. En la nota de historia clínica consta importante mejoría del dolor tras el drenaje no

precisando ya la administración de analgesia intravenosa. Consta en la misma nota una nueva exploración en la que se retiran los restos de Spongostan y la presencia de un útero contraído y un tacto vaginal normal, sin presencia de hematomas. En la nota están registradas además las constantes (temperatura y tensión arterial) en rango normal. A la paciente se le había realizado esa mañana un hemograma rutinario para vigilancia de la anemia con resultado de 8,6 g/dl y que se suplementó con hierro oral cada 12 horas al encontrarse (...) sin clínica anémica y con constantes normales. En la analítica también consta una leucocitosis que es habitual en pacientes gestantes y en el puerperio inmediato y especialmente tras intervenciones como el parto instrumental o la cirugía, encontrándose la paciente afebril en todo momento sin la toma de antibióticos (administrados empíricamente por la fiebre intraparto y suspendidos tras una dosis tras el mismo según práctica habitual)./ Esta analítica se realiza en todas las pacientes tras el parto ya que debido a las pérdidas hemáticas habituales asociadas al propio proceso del parto y los posibles desgarros asociados, suelen precisar suplementación para corregir la anemia que puede ser superior a la que hayan podido presentar durante la gestación. La presencia de anemia, entendida como trastorno hemorrágico, que puede requerir suplementación e incluso transfusión, se encuentra incluida también entre las complicaciones descritas en el documento informativo de la Cartilla de Salud Maternal./ La paciente es seguida el día 11-05 durante su ingreso, sin aparición de nuevos hallazgos y es dada de alta junto con el recién nacido el día 12-05, indicándosele solicitar una cita para revisión posparto con su matrona según se realiza de forma rutinaria, acorde a protocolo del centro. Dada la ausencia de desgarros que afecten a mucosa rectal o esfínter anal, que son subsidiarios de seguimiento al alta en la consulta de Suelo Pélvico, se decidió realizar el control ambulatorio por parte de su matrona, formada para identificar signos y síntomas de alarma o que precisen seguimiento específico en consulta. Ante la presencia de dolor en el puerperio, especialmente durante la sedestación, la matrona de Atención Primaria solicitó valoración para una revisión posparto en la consulta de Ginecología./ En dicha revisión (...) realizada

a los dos meses del parto se objetivó en la exploración dolor en introito en zona de punto de cierre de episiotomía sin otras alteraciones. Ante la clínica y la exploración se decidió remitir a consulta de Suelo Pélvico siendo valorada por primera vez el 29-11-2022, informándosele ya en ese momento del diagnóstico de dolor pélvico crónico asociado a un síndrome miofascial/neuralgia y proponiéndosele tratamiento (...) e informándosele sobre la fisioterapia. Se derivó a su vez a Salud Mental Perinatal. El día 21-12-2022 se realizaron las infiltraciones propuestas y se dio una cita telefónica a las tres semanas para valorar respuesta (realizada el 17-01-2023 en la que consta mejoría del dolor, proponiéndose tratamiento (...) si precisa y cita para seguimiento)./ La paciente es valorada por Salud Mental Perinatal el 18-01-2023, siendo dada de alta por dicho servicio tras esa visita. El alta fue dada de acuerdo con la paciente ante la presencia de buenas habilidades de afrontamiento a pesar de la presencia de hipotimia asociada a momentos de dolor. Dada la no presencia de psicopatología franca, solamente malestar asociado al acontecimiento estresante, acuerdan el alta con derivación de nuevo si empeoramiento (...). Tras la aplicación de la infiltración con bótox se reevaluó el 05-06-2023. En la nota clínica consta ausencia de dolor espontáneo, dolor con los intentos de penetración que le impiden las relaciones sexuales y sensación de presión a nivel anal ocasional, así como ausencia de sensibilidad en el lado derecho. En nueva exploración en consulta consta cicatriz perineal algo retráctil en el introito pero con buen trofismo y avulsión del musculo elevador del ano, con todo ello se realiza el diagnóstico de avulsión del musculo elevador del ano derecho y neuropatía pudenda derecha (lado contrario al del hematoma, por tanto). Remitiéndose a la paciente a consulta de Rehabilitación y a consulta de Psicología./ La neuralgia del pudendo se produce generalmente por atrapamiento del nervio, compresión o inflamación del mismo, pudiendo verse favorecida por varios factores como pueden ser los partos, el uso de bicicletas o cambios musculoesqueléticos asociados a los cambios con la edad. El diagnóstico de la neuralgia del pudendo asociada a un atrapamiento del mismo es esencialmente clínico (...). No existen signos específicos ni pruebas

complementarias específicas para el diagnóstico, no siendo necesaria su utilización. El tratamiento con infiltraciones puede ser, a su vez, diagnóstico y terapéutico. Entre los tratamientos se encuentran las modificaciones de hábitos, la analgesia, la fisioterapia o las infiltraciones, como es el caso de nuestra paciente, en la que aún se está realizando manejo de la alteración./ El 14-12-2023 fue valorada por primera vez por el Servicio de Rehabilitación realizando tratamiento y fisioterapia desde entonces, continuando hasta el día de hoy el tratamiento y rehabilitación de su proceso. Continúa seguimiento (...) por Salud Mental”.

5. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 14 de septiembre de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por una especialista en Ginecología y Obstetricia.

Señala la especialista, “respecto al parto instrumental”, que: “a) Existe indicación para realizarlo por riesgo de pérdida de bienestar fetal./ b) Se cumplen las condiciones obstétricas necesarias para realizarlo (dilatación completa, bolsa rota). No consta el plano de aplicación./ c) La ventosa es el instrumento más sencillo de aplicar, requiere menos anestesia materna y tiene menor riesgo de lesión del canal blando del parto”.

Recuerda que “entre las competencias de los médicos residentes está la realización del parto instrumental y el control puerperal”.

Respecto a los desgarros perineales, refiere que “se produjeron 3 desgarros vaginales que se suturaron. El hematoma en pared lateral izquierda se diagnosticó en las primeras 6 horas. Dada la estabilidad de la paciente se dejó en ayunas y se pospuso la intervención a la tarde, de manera correcta”.

En cuanto a las secuelas, indica que: “El diagnóstico de las secuelas es un dolor pélvico crónico secundario a un síndrome miofascial que es una entidad de diagnóstico clínico”, que “al cruzar la barrera de los 3 meses de evolución es considerado un dolor crónico” y que “no existe diagnóstico clínico de confirmación de neuropatía del pudendo”; estima, finalmente, que “aproximadamente el 80-85 % de las mujeres tienen alguna forma de lesión

perineal durante el parto vaginal (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70 % precisa de sutura”.

Concluye que la actuación de los profesionales “fue correcta y acorde a los protocolos sin evidenciar mala praxis”.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 17 de enero de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente. Asimismo, le advierte que “deberá especificar en el mismo plazo la evaluación económica del daño o perjuicio causado”.

El 30 de enero de 2025, su representante presenta un escrito de alegaciones en el que se reitera en los términos del escrito inicial y cuantifica la indemnización solicitada en ciento diez mil seiscientos cincuenta y ocho euros con cuarenta y seis céntimos (110.658,46 €).

7. Con fecha 11 de febrero de 2025, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Sostiene que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*”. Explica que “según consta en el partograma realizado, la paciente llevaba tres horas en dilatación completa y con presencia de deceleraciones variables de repetición, estando aconsejada dadas las condiciones de la paciente (tres horas en dilatación completa y una estación 0 según los planos de Lee que corresponde a un III plano de Hodge) la formalización del parto, en su caso por vía vaginal dadas las condiciones, motivo por el que se aplica una ventosa metálica” y recuerda que “las complicaciones surgidas (hematoma y desgarro vaginal) están recogidas en la Cartilla de Salud Maternal”. Concluye que “el dolor pélvico crónico es consecuencia del parto, no de la incorrecta actuación del personal sanitario que atendió a la reclamante”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de febrero de 2025, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita

dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), se halla la interesada activamente legitimada para formular una reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante debidamente acreditado al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC, dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o

el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 18 de enero de 2024 y el parto tiene lugar el 9 de mayo 2022, si bien se reclama por un daño continuado cuyo tratamiento persiste. En relación con la curación o la determinación del alcance de las secuelas, el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital-incorporado al expediente por escrito de la Gerencia del Área Sanitaria IV, fechado a 18 de junio de 2024 (folio 222 del expediente)- indica que el día 21 de diciembre de 2022 se le realizaron a la paciente unas infiltraciones previamente pautadas, que el día 5 de junio de 2023 se procede a su reevaluación, que el día 14 de diciembre 2023 “fue valorada por primera vez por el Servicio de Rehabilitación realizando tratamiento y fisioterapia desde entonces, continuando hasta día de hoy el tratamiento y rehabilitación de su proceso” y que “continúa seguimiento a día de hoy por Salud Mental”. Así las cosas, todo indica que la reclamación resulta tempestiva al haberse interpuesto dentro del plazo de un año legalmente establecido.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin perjuicio de lo antedicho, 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 91.3 de la LPAC; no obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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 aquellos, 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 la interesada reclama una indemnización por los daños y perjuicios derivados de, lo que considera como, una negligente atención recibida durante el parto y el posparto.

La información médica que obra en el expediente permite confirmar la efectividad de un daño; no obstante, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes Núm. 182/2019 y 80/2020), 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 automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir la 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 poder apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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, 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 un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, la responsabilidad patrimonial

no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio, cuya reparación se persigue, sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el procedimiento analizado, la interesada, con base en la pericial médica que adjunta a su escrito de reclamación, sostiene que el parto “se realizó por una MIR (Médica Interna Residente) sin que conste la existencia de supervisión” y que “tampoco consta el grafico del monitoreo fetal que justifique el riesgo de pérdida de bienestar fetal que justifique el parto instrumental”. Asimismo, en relación con la atención tras el alumbramiento, mantiene que “la exploración posparto fue realizada por la misma profesional MIR que asistió al parto instrumental sin que conste tampoco supervisión”, que “desde el momento del parto hasta que se decide la intervención (...) para realizar un drenaje del hematoma en pared vaginal no existen constancias sobre su evolución, aparición de hemorragia posparto, control evolutivo de sus signos vitales como frecuencia cardiaca, tensión arterial, coloración de piel y mucosas, signos de shock hipovolémico, estado general al ingreso a quirófano, anestesia empleada, transfusión de sangre o plasma, analíticas efectuadas, etc.”, que “tampoco consta qué profesional realizó la intervención quirúrgica ni la anestesia, desconociendo si se trata de médicos residentes (como en las anteriores intervenciones) o si facultativos especialistas” ni “los hallazgos realizados en la mencionada intervención, tamaño y forma del hematoma, desgarros asociados, calidad de los tejidos, friabilidad, si se ha dejado un taponamiento vaginal pos-intervención”, que “con posterioridad a la intervención no se describe la evolución de la paciente, sin constar por ello signos vitales, analíticas de control, tratamiento indicado, aplicación de antibioticoterapia intraoperatoria y posterior, indicación de analgésicos, etc.” y que “la paciente es dada de alta el día 11 de mayo, con las solas indicaciones de acudir a control con la matrona en su centro de salud en una semana”, pero “no se le cita para ser controlada por un especialista del Servicio de Ginecología para realizar un seguimiento dadas las complicaciones del posparto”. Por último, reprocha que, cuando el día 29 de noviembre de 2022 consulta en el

Servicio de Ginecología “por dolor pelviano crónico desde el parto”, se indica “tratamiento (...) junto con fisioterapia y derivación a Psicología” pero “no se solicitan ni efectúan estudios complementarios de diagnóstico como una resonancia magnética nuclear para determinar el lugar donde se encuentra el atrapamiento del nervio pudiendo, para indicar un tratamiento efectivo que solucione la sintomatología dolorosa que presenta”.

Vista la posición de la reclamante, es preciso ahondar en el contenido más significativo de la restante documentación que figura en el expediente.

Por un lado, informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital señala, sobre las circunstancias del parto, que “según consta en el partograma realizado, la paciente llevaba tres horas en dilatación completa y con presencia de deceleraciones variables de repetición al final del trazado del registro cardiotocográfico”, que “dicho registro, en el que se presenta la monitorización durante todo el proceso de parto desde su llegada a paritorio, se encuentra digitalizado en la historia clínica de la paciente según se puede consultar” y que “en el registro se objetiva la presencia de deceleraciones variables profundas de repetición con descenso de la frecuencia cardiaca fetal durante la propia deceleración hasta los 80 latidos por minuto, con una línea de base de la frecuencia cardiaca fetal entorno a los 160/170 latidos por minuto (es decir una taquicardia fetal leve) con buena variabilidad”, concluyendo que “ello permite una clasificación del registro cardiotocográfico como una categoría II de la ACOG, estando aconsejada dadas las condiciones de la paciente (tres horas en dilatación completa y una estación 0 según los planos de Lee que corresponde a un III plano de Hodge) la finalización del parto, en su caso por vía vaginal dadas las condiciones, motivo por el que se aplica una ventosa metálica”. Añade que “el recién nacido presenta al nacimiento un Apgar de 6/8 y un pH de sangre de cordón de 7,18, correlacionándose ambos parámetros con la sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal y la necesidad de finalizar el parto como se realizó”. En relación con la aplicación de la ventosa, indica que “cumplía todos los requisitos (...): presentación cefálica, dilatación completa, bolsa amniótica rota, cabeza encajada en III plano de Hodge y

anestesia materna satisfactoria”, que “en general, la ventosa es el instrumento más sencillo de aplicar, requiere menos anestesia materna y tiene menor riesgo de lesión del canal blando del parto” y que “la base de datos de la Biblioteca Cochrane realiza una revisión sistemática comprobando la ventosa respecto al fórceps, señalando que la ventosa presenta menor probabilidad de traumatismo vagino-perineal (OR 0.4; IC 95 % 0.3-0.5)”. En cuanto a los intervinientes en el parto, advierte que “todos los partos instrumentales (...) se realizan bajo supervisión de los adjuntos responsables” y que “en el registro interno que se realiza en todos los partos de nuestro centro consta la hora, el tipo de parto y equipo completo en la asistencia”. En relación con los desgarros -y tras señalar que en el partograma se especifica su número, tipo y forma de sutura realizada-, refiere que “pueden acontecer en cualquier parto como consta en el documento informativo con valor de consentimiento informado sobre la asistencia al parto y que se encuentra presente en la Cartilla de Salud Maternal que se entrega a todas las gestantes”. Por lo que atañe a la atención tras el parto, el informe efectúa una profusa descripción de la misma y de la se extrae un constante seguimiento del estado y evolución de la paciente. Posteriormente, se refiere el informe a que “ante la sospecha de un hematoma contenido sin signos de alarma ni sospecha de sangrado activo del mismo en el momento de la valoración (no descrito incremento del tamaño, con induración y con constantes dentro de la normalidad sin presencia de hipotensión) se decide realizar drenaje del mismo en quirófano”, cirugía que “es realizada por el equipo de guardia, aproximadamente a las 18:30 horas” bajo “anestesia general, según la nota escrita en el informe de Anestesia que consta en la historia clínica de la paciente (en la que también se indica la medicación empleada y las recomendaciones), escrito por la facultativa especialista”, indicándose “vigilancia posterior en la Unidad de Reanimación durante una hora aproximadamente tras la intervención, antes del traslado a planta”, advirtiendo que “en el informe de Cirugía (...) constan los nombres de los residentes y facultativos especialistas que estaban presentes durante la intervención, tanto del Servicio de Ginecología y Obstetricia, como del de Anestesiología” y que

“ante la mejoría clínica de la paciente y constantes en rango normal, constatadas por Servicio de Enfermería de la planta (...), la paciente es reevaluada a la mañana siguiente (...), en planta de Obstetricia por la misma facultativo especialista que la había valorado el día anterior tras el parto”. Finalmente, señala el informe que “la paciente es seguida el día 11 de mayo (...) sin aparición de nuevos hallazgos y es dada de alta junto con el recién nacido el día 12 de mayo, indicándosele solicitar una cita para revisión posparto con su matrona según se realiza de forma rutinaria acorde a protocolo del centro”, que “dada la ausencia de desgarros que afecten a mucosa rectal o esfínter anal, que son subsidiarios de seguimiento al alta en la consulta de Suelo Pélvico, se decidió realizar el control ambulatorio por parte de su matrona, formada para identificar signos y síntomas de alarma o que precisen seguimiento específico en consulta” y que “ante la presencia de dolor en el puerperio, especialmente durante la sedestación, la matrona de atención primaria solicitó valoración para una revisión posparto en la consulta de Ginecología”.

Por otra parte, la pericial aportada por la compañía aseguradora de la Administración -suscrita por una especialista en Ginecología y Obstetricia- mantiene, respecto al parto instrumental, que “existe indicación para realizarlo por riesgo de pérdida de bienestar fetal”, que “se cumplen las condiciones obstétricas necesarias para realizarlo (dilatación completa, bolsa rota)” y que “entre las competencias de los médicos residentes está la realización del parto instrumental y el control puerperal”. En cuanto a las secuelas, indica que “se estima que aproximadamente el 80-85 % de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el parto vaginal (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70 % precisa de sutura”.

Finalmente, la propuesta de resolución fundamenta su postura contraria a la pretensión resarcitoria en que “la paciente llevaba tres horas en dilatación completa y con presencia de deceleraciones variables de repetición, estando aconsejada dadas las condiciones de la paciente (...) la formalización del parto, en su caso por vía vaginal (...), motivo por el que se aplica una ventosa

metálica”, que “las complicaciones surgidas (hematoma y desgarro vaginal) están recogidas en la Cartilla de Salud Maternal” y que “el dolor pélvico crónico es consecuencia del parto, no de la incorrecta actuación del personal sanitario que atendió a la reclamante”.

Analizados los términos en que se ha planteado la controversia, y con carácter previo a cualesquiera otras consideraciones, es preciso advertir que la reclamante se sirve de una pericial que adjunta y sobre la cual debemos reparar en que está suscrita por una perito médico de la que no consta su especialidad, mientras que la documentación e informes aportados por la Administración y su aseguradora proceden de especialistas. En tal tesitura, de encontramos ante pareceres médicos divergentes, este Consejo -obligado a ceñirse a la documentación que se le presenta- deberá acudir, a la hora de formar su convicción, al criterio de especialización y a la solidez que muestra la argumentación vertida por los informantes (en este mismo sentido y por todos, nuestro Dictamen Núm. 85/2024).

Sentado lo anterior, procede entrar en el fondo del asunto.

En primer lugar, en relación con que la asistencia al parto y la exploración posparto se hubiesen llevado a cabo por una Médico Interna Residente sin supervisión y que no constase la identidad de los responsables de la intervención quirúrgica, el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia indica que “todos los partos instrumentales, especialmente en el caso de las pruebas de parto, se realizan bajo supervisión de los adjuntos responsables”, que, aunque en el partograma de la paciente únicamente constase el nombre de la residente, “en el registro interno que se realiza en todos los partos” habidos en el centro hospitalario “consta la hora, el tipo de parto y equipo completo en la asistencia” y que “en el informe de Cirugía (...) constan los nombres de los residentes y facultativos especialistas que estaban presentes durante la intervención, tanto del Servicio de Ginecología y Obstetricia como del de Anestesiología”. Por añadidura, en este mismo informe se identifican (página 4, *in fine*) a todos los facultativos que intervinieron en el parto (tres) y en la ulterior intervención quirúrgica (tres) y la pericial aportada por la compañía

aseguradora de la Administración recuerda que “entre las competencias de los médicos residentes está la realización del parto instrumental y el control puerperal”.

En segundo lugar, por cuanto a la alegación de la reclamante acerca de que no consta un monitoreo que advirtiese riesgo de pérdida de bienestar fetal, avalando el parto instrumental, en el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia se patentizan una serie de razones que, positivamente, sugerían dicha pérdida de bienestar. Expresamente señala “presencia de deceleraciones variables profundas de repetición con descenso de la frecuencia cardiaca fetal durante la propia deceleración hasta los 80 latidos por minuto, con una línea de base de la frecuencia cardiaca fetal entorno a los 160/170 latidos por minuto (es decir, una taquicardia fetal leve)” y cuyos datos de monitorización figuran incluidos en un archivo del CD contenido en el folio 222 del expediente. Posteriormente, dicha valoración se confirma por la circunstancia de que, según se refiere en el aludido informe, “el recién nacido presenta al nacimiento un Apgar de 6/8 y un pH de sangre de cordón de 7,18, correlacionándose ambos parámetros con la sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal y la necesidad de finalizar el parto”. En la misma línea se posiciona la especialista en Ginecología y Obstetricia que suscribe la pericial aportada por la compañía aseguradora de la Administración, para quien existe indicación para realizar el parto instrumental “por riesgo de pérdida de bienestar fetal” y, además, “se cumplen las condiciones obstétricas necesarias para realizarlo (dilatación completa, bolsa rota)”. Asimismo, la aplicación de la ventosa satisfacía todos los requisitos (presentación cefálica, dilatación completa, bolsa amniótica rota, cabeza encajada en III plano de Hodge y anestesia materna satisfactoria), y se valoró el que “tiene menor riesgo de lesión del canal blando del parto”.

En tercer lugar, en relación con la alegación de que desde el parto hasta que se decide la intervención para drenar el hematoma en pared vaginal no existen referencias a su evolución, aparición de hemorragia posparto y control evolutivo de sus signos vitales, basta con acudir a la historia Millennium

(incluida en el CD inserto en el folio 222 del expediente) para descartar de plano tal aseveración.

En cuarto lugar, referido a que con posterioridad a la intervención no se describe la evolución de la paciente (signos vitales, analíticas de control, tratamiento indicado, aplicación de antibioticoterapia intraoperatoria y posterior o indicación de analgésicos), procede reiterar la remisión antes efectuada a la información contenida en la historia Millennium, para concluir que dicha aseveración no se corresponde con la realidad.

En quinto lugar, en lo concerniente a que, cuando la paciente es dada de alta, únicamente se la cita para control con la matrona en su centro de salud, pero no para ser vista por un especialista del Servicio de Ginecología y Obstetricia, tal y como refiere el referido informe de ese servicio, la decisión de un control ambulatorio por parte de su matrona se toma “dada la ausencia de desgarros que afecten a mucosa rectal o esfínter anal, que son subsidiarios de seguimiento al alta en la consulta de Suelo Pélvico” y que la matrona de Atención Primaria es una profesional “formada para identificar signos y síntomas de alarma o que precisen seguimiento específico en consulta”. En este sentido, resulta significativo el dato de que, desde dicha unidad de Atención Primaria, se solicitó valoración para una revisión posparto en la consulta de Ginecología, lo que consta en el mencionado informe.

En sexto y último lugar, por lo que atañe a que, tras la consulta del día 29 de noviembre de 2022, no se solicitasen ni efectuasen estudios complementarios de diagnóstico, como una resonancia magnética, para determinar dónde se encuentra el atrapamiento del nervio pudiendo, el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, con base en una detallada referencia bibliográfica, indica que “el diagnóstico de la neuralgia del pudendo asociada a un atrapamiento del mismo es esencialmente clínico en función de una serie de criterios”, que “no existen signos específicos ni pruebas complementarias específicas para el diagnóstico, no siendo necesaria su utilización” y que “el tratamiento con infiltraciones puede ser a su vez diagnóstico y terapéutico”.

En definitiva, a modo de síntesis de lo indicado en líneas precedentes, el parto no fue atendido por una Médico Interna Residente sin supervisión (consta la asistencia de tres doctoras a las que se identifica) y resultan perfectamente determinados los responsables de la posterior intervención quirúrgica con su correspondiente anestesia; se han evidenciado razones que apuntaban hacia una pérdida de bienestar fetal y justificaban acelerar un alumbramiento para el que la mejor alternativa instrumental se centraba en la utilización de ventosa; en todo momento se tuvo constancia del estado y evolución de la paciente; el control por parte de la matrona de Atención Primaria garantizó perfectamente la identificación de signos y/o síntomas que hubiesen demandado consulta específica (de hecho, consta que la propia matrona de Atención Primaria requirió revisiones posparto en Ginecología, cuando lo estimó preciso) y no ha quedado acreditado que la realización de una resonancia magnética hubiese influido en la línea seguida para el tratamiento de la neuralgia. La reclamación refiere una eventual negligencia, pero sin señalar una actuación médica concreta que pueda evidenciarse incorrecta, sino más bien centrar la atención en presuntas irregularidades formales (descartables todas ellas, a la vista de la información remitida y que también obra en poder de la interesada) y en ciertas secuelas (procediendo recordar la diferencia entre obligación de medios y obligación de resultado, en relación con el sistema público sanitario) sobre las que toda la información, incorporada al expediente por parte de la Administración y su compañía aseguradora, apunta hacia que, como sugiere la propuesta de resolución, son consecuencia del parto en sí mismo y no atribuibles a alguna incorrección médica (que en ningún momento, por cierto, se ha llegado a concretar); añádase a ello, que la reclamante, en sus alegaciones durante el trámite de audiencia, no rebata puntualmente los criterios plasmados en los informes técnicos.

A la vista de lo hasta aquí referido, en el asunto sometido a consulta todo indica que en la atención prestada a la paciente se efectuaron las pruebas suficientes y utilizaron, en el marco del estado actual de conocimientos y de las técnicas disponibles por el servicio público sanitario, los medios apropiados, no

revelándose, a tenor de lo actuado, incorrección alguna en la práctica médica aplicada. Por tales motivos, la pretensión resarcitoria planteada no puede prosperar.

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.