

Dictamen Núm. 168/2026

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 23 de julio de 2026, 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 7 de abril de 2026 -registrada de entrada el día 15 del 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 la deficiente asistencia durante un parto.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 9 de junio de 2025 se registra una queja dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias mediante la cumplimentación de un formulario, al que se adjuntan dos escritos de reclamación patrimonial referidos al proceso de parto por cesárea urgente el 2 de junio de 2025 tras tres días de ingreso hospitalario de la parturienta, y al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del recién nacido, el primero de ellos firmado por el esposo de la paciente y el segundo por la propia paciente.

La madre, en su escrito, explica haber sido “sometida a una cesárea de urgencia sin anestesia efectiva, lo que le causó un sufrimiento físico extremo y

secuelas emocionales graves. Como consecuencia de aquello, presenta lesiones físicas compatibles con tracción y quemadura quirúrgica y ha sido derivada a atención psicológica por síntomas compatibles con un trastorno de estrés postraumático agudo”, e indica que su hijo “fue ingresado de forma inmediata en la UCI neonatal con diagnóstico de síndrome de aspiración meconial y encefalopatía hipóxico-isquémica leve-moderada, habiendo recibido hipotermia terapéutica y soporte vital no invasivo”. Solicita una copia de las historias clínicas.

El esposo, en el suyo, expone los hechos haciendo referencia a varios episodios, con especial reproche a la actuación de la matrona y del personal auxiliar. Se refiere a la “violencia obstétrica sufrida por la madre”, sometida a un parto muy doloroso, con “ocultamientos y engaños”; por una parte, afirma que la matrona, al ser preguntada, no aclaraba las dosis de oxitocina utilizadas ni dio “respuesta clara ante alarmas por frecuentes descensos de la frecuencia cardíaca fetal”, que se mantuvieron “durante más de 10 minutos sin asistencia alguna”. Añade que “en varias ocasiones, tuve que salir a buscar ayuda médica activamente”. Además, expone que la parturienta advirtió al personal de “dos episodios de hemorragia evidente que la matrona minimizó indicando a la auxiliar que los limpiara sin avisar al equipo ginecológico. Solo tras un tercer sangrado severo se notificó a Ginecología, desencadenando la cesárea urgente”. Se incluye un reproche por falta de “consentimiento informado previo a varias intervenciones”, sin explicación de los riesgos ni de las alternativas terapéuticas, así como por la participación de “hasta cuatro ginecólogos distintos” que seguían criterios contradictorios, por lo que solicita que se investigue lo ocurrido. Por otra parte, señala que les ha sido ocultada información en relación con el estado de la placenta, de la que “posteriormente, supimos por otras vías que tenía olor fétido y fue enviada a analizar”, solicitando que se incluya el resultado en la investigación para dilucidar si existió sufrimiento fetal.

También refiere un trato inadecuado durante la cesárea, afirmando que “escuché los gritos del cirujano a mi esposa, como ideja de moverte!, que añade un componente de trato intimidante y deshumanizador en un momento crítico”.

Respecto al estado del recién nacido, indica que “nació con síndrome de aspiración meconial (...) severo, encefalopatía hipóxico-isquémica leve-moderada y fue ingresado en la UCI neonatal”, destacando que “gracias al equipo de Neonatología del (Hospital) se logró una recuperación clínica notable”.

Finaliza destacando que ha “sufrido estrés postraumático agudo, con insomnio y angustia. He tenido que solicitar vacaciones urgentes en mi lugar de trabajo en el extranjero, perdiendo las regladas de diciembre, y afrontando costes de (los) vuelos internacionales cambiados. Durante una semana hemos vivido lejos de nuestro entorno, incurriendo en gastos de alojamiento, manutención y transporte”, y solicita que se lleve a cabo “una investigación formal” y que se reconozca el sufrimiento causado.

2. Mediante oficio de 24 de junio de 2025, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere al reclamante para que, en el plazo de diez días, acredite la representación de su esposa y el vínculo de ambos con el recién nacido, así como la cuantificación económica de la reclamación o las causas que impiden detallarla en este momento.

Con fecha 21 de julio de 2025, el padre atiende al requerimiento efectuado y justifica los vínculos existentes entre las tres personas interesadas en el procedimiento iniciado, señalándose que padre e hijo serán representados en el procedimiento por la tercera reclamante.

Desglosa los perjuicios atendiendo a cada una de ellos, que cuantifica en 9.500 € la indemnización solicitada en nombre del recién nacido, 13.000 € la solicitada por la madre y 6.443 € la solicitada por el padre.

Aporta diversa documentación médica y unos documentos titulados, respectivamente, “informe técnico sobre demora en la activación de la cesárea de urgencia y su impacto clínico y jurídico” y “análisis complementario sobre los trazados de registro fetal y anotaciones manuscritas”.

Como “perjuicios al bebé” indica que, tanto el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) (del 2 al 9 de junio de 2025) como los

tratamientos a que hubo de ser sometido fueron consecuencia directa de una deficiente asistencia obstétrica durante el parto, cuya duración, intensidad y desenlace quirúrgico no fueron abordados con la diligencia debida.

Solicitan en nombre del recién nacido una indemnización de 9.500 € por los siguientes conceptos: "daño moral durante ingreso neonatal", 4.700 €; "alimentación acompañante hospitalaria", 200 €; "parking hospitalario" (7 días), 100 €; y por el "seguimiento médico prolongado hasta los 2 años", 4.500 €.

Adjuntan el informe de Servicio de Pediatría del Hospital señala como motivo de ingreso del recién nacido el día 2 de junio de 2025 "distrés respiratorio y sospecha de encefalopatía", y, al alta, "EF: activo y reactivo. Se despierta antes para reclamar tomas. Buen tono sin asimetrías. ROT normales. Reflejos arcaicos normales. No clonus. Galant presente bilateral. MG variados y armónicos. Ligera hipotonía cervico-axial. Resto de exploración por aparatos no destacable". Añade como diagnóstico principal "encefalopatía hipóxico-isquémica moderada".

Por su parte, en el documento que lleva por título "análisis complementario sobre los trazados de registro fetal y anotaciones manuscritas" indica que "del análisis visual y técnico de los registros trazados entregados (...) se identifican múltiples episodios de bradicardia fetal sostenida, desaturación progresiva y una actividad uterina marcada por hiperdinamia. Esta situación se mantuvo sin cesárea de urgencia durante un período clínicamente crítico, en especial entre las 00:00 y las 03:00 del 2 de junio de 2025". Menciona que a las 21:25 se identifica un episodio de desaceleración fetal; a las 00:00 del día 2 de junio se corrobora que se había "alcanzado el período expulsivo", sin activar protocolo quirúrgico; a la 1:30 h se observa caída abrupta de la frecuencia cardíaca fetal y "a las 02:00 y 02:10 los trazados muestran signos de sufrimiento fetal mantenido"; "a las 02:20 h se consigna 'bolo atosibán', lo que implica un intento farmacológico de detener las contracciones (...) en un contexto ya crítico". Señala que lo anterior evidencia "una omisión sistemática de respuesta proporcional a los signos de alarma del trazado" y que "las decisiones adoptadas

no solo se alejan de los estándares obstétricos, sino que contradicen la urgencia clínica que presentan los registros”.

En el otro documento, titulado “informe técnico sobre demora en la activación necesaria de urgencia y su impacto clínico y jurídico” se afirma que “de acuerdo con la documentación médica (...) consta que a las 00:21 horas del 2 de junio de 2025, la paciente presentaba dilatación completa (10 cm), lo que clínicamente marca el inicio del período expulsivo. A partir de ese momento, se registran múltiples episodios de bradicardia fetal sostenida, algunos etiquetados literalmente como ‘fuera de escala’, lo cual indica una alteración crítica en la frecuencia cardíaca fetal./ Pese a ello, no se procedió a una cesárea inmediata. En su lugar, se optó por una intervención farmacológica con atosibán para frenar contracciones, y se mantuvo una actitud expectante durante al menos tres horas, sin éxito. El nacimiento sólo se produjo tras una cesárea de urgencia practicada entre las 3:00 y las 3:30 am, una demora asistencial objetivamente incompatible con los protocolos de respuesta ante sufrimiento fetal agudo”, entendiéndose que esta dilación, que tilda de injustificada, contribuyó “de forma directa y determinante al estado clínico en el que nació el recién nacido”. Añade que “a las 01:28 h la paciente presentó un sangrado abundante, el cual fue comunicado verbalmente por los reclamantes a la auxiliar que asistía el parto. Ante la consulta de si debía informar a los médicos, la auxiliar respondió con tono despectivo ‘¿me van a enseñar a hacer mi trabajo?’. Este episodio hemorrágico no fue correctamente registrado en la historia clínica, constando únicamente como un ‘cambio de sábanas’./ Posteriormente, a las 02:07 h, la paciente volvió a experimentar una hemorragia significativa. Este segundo episodio es el primero que figura formalmente en la historia clínica, el cual solo fue comunicado al equipo médico tras la insistencia reiterada de los reclamantes./ La omisión en el registro adecuado de ambos episodios hemorrágicos tuvo consecuencias clínicas relevantes en el Área de Neonatología, ya que no se notificó oportunamente al equipo de UCI, dificultando la identificación del origen del cuadro que presentaba el recién nacido, quien ingresó con anemia y shock hipovolémico”. Destaca que esta omisión constituye

“una falla del servicio”. Asevera que “los datos objetivos contenidos en la historia clínica (...) sustentan la existencia de una negligencia obstétrica en la fase decisiva del parto” entendiendo que se puso en peligro la vida del recién nacido e incluso de la madre, contribuyendo a una experiencia traumática e irreparable para ambos progenitores.

Respecto a la madre, se indica que “fue sometida a una cesárea de urgencia tras casi 48 horas de trabajo de parto con dosis elevadas de oxitocina, a pesar de que el bebé ya presentaba signos de bradicardia. Dicha situación constituye un caso claro de violencia obstétrica, pues fue inducida a un parto prolongado bajo condiciones médicas inapropiadas. Durante el proceso recibió comentarios despectivos y trato deshumanizado por parte del personal de atención. Además, al tener que quedarse en España más tiempo del previsto por seguimiento y evolución clínica del menor, perdió una oportunidad laboral en Bolivia para trabajar como médica en el Servicio Departamental de Salud”.

La madre solicita una indemnización de 13.000 €, que desglosa del siguiente modo: dolor físico por cesárea urgente, 2.200 €; violencia obstétrica (trato de humanizado, oxitocina, bradicardia), 2.100 €; estancia forzosa en España sin red familiar (junio-noviembre), 1.900 €; pérdida de oportunidad laboral en Bolivia, 1.800 €; perjuicios psicológicos derivado de la experiencia obstétrica y el entorno adverso con diagnóstico posterior de trastorno de estrés postraumático, 5.000 €.

Adjuntan también el informe clínico de seguimiento de consulta externa del Servicio de Salud Mental del Hospital en el que se refiere a “paciente de 39 años que valoramos a petición del Servicio de Obstetricia, por mala evolución recién nacido. Ingresada para finalizar gestación”, con “vivienda habitual en Bolivia con su marido, 43 años. En enero se trasladaron a Asturias, a la casa familiar del marido, para vivir último tramo de embarazo y nacimiento de su hijo. (...) trabaja en servicio de trasplantes de su país. Médica (...). Actualmente vive con sus suegros, su marido y su bebé (...) (1 mes)./ Excelente apoyo con pareja y la familia. Buena vinculación con el bebé./ Acompañada por su suegro, pero entra sola a la consulta. Refiere que en estos momentos su marido se

encuentra" ausente, "por trabajo". Expone que "describe minuciosamente vivencias muy traumáticas desde que ingresó hasta que finalmente le hicieron la cesárea. La paciente refiere que, a lo largo del proceso, sintió que no fue escuchada por el personal que la atendía, particularmente por la matrona, que no se atendieron sus señales de alarma ni su percepción del dolor, y que sus indicaciones como profesional médica no fueron tomadas en cuenta. Desde que pasó a planta se encuentra en un contexto seguro y percibe ayuda por el equipo tratante. El desenlace fue una cesárea de urgencia, en un contexto de angustia intensa y sensación de pérdida de control. La vivencia fue experimentada como una vulneración de su autonomía, lo que ha dejado una huella significativa en su estado emocional. Estuvo muy angustiada por la situación de su hijo, pero dada la evolución bastante favorable, en este aspecto se encuentra algo más relajada. Verbaliza preocupación porque esos momentos de dolor y tristeza puedan afectar al bebé. (...) manifiesta que suele tener pesadillas recurrentes relacionadas con el momento del parto, episodios de llanto al recordar ciertos momentos e intrusiones y recuerdos vividos de la experiencia obstétrica ocasionales (...). Buena capacidad introspectiva. Juicio de realidad conservado". Incluye como diagnóstico "reacción adaptativa mixta con ansiedad y depresión CIE-10" y, como pronóstico, que "pese a la intensidad de los síntomas iniciales, se observa una progresiva mejoría". Menciona que "la experiencia ha afectado su vivencia del parto, su autoestima como madre y su confianza en el sistema sanitario, generando una necesidad de reelaborar lo vivido desde un espacio seguro". En el plan consta que "se propone terapia narrativa para facilitar la integración de la experiencia traumática desde un prisma de sentido y reparación./ Se recomienda carta dirigida a Servicio de Ginecología y Obstetricia con apreciaciones de su experiencia de cara a compartir su experiencia durante el parto para ofrecer un testimonio en clave constructiva que pueda servir de reflexión para la mejora continua de la atención perinatal".

Por último, respecto al padre se añade que "el reclamante, periodista y editor deportivo, sufrió perjuicios tanto económicos como emocionales derivados de la emergencia perinatal vivida en el (Hospital). Durante el periodo

comprendido entre el 2 y el 18 de junio de 2025, vio interrumpida su actividad profesional, incluyendo su participación en la cobertura internacional del Mundial de clubes. A esto se suma un cuadro clínico de estrés postraumático que ha requerido medicación y seguimiento psiquiátrico. Cabe añadir que tuvo que modificar vuelos ya comprados con anterioridad y que en noviembre tendría que hacer un viaje intercontinental, no planificado, por reunificación familiar”.

Reclama una indemnización de 6.443 € por los siguientes conceptos: “tratamiento psiquiátrico y emocional por estrés postraumático”, 2.800 €; “pérdida de ingresos por Mundial de clubes y programa Astro”, 1.500 €; “coste de vuelo continental en noviembre”, 1.300 €; “días extra de estancia posparto (9 días)”, 500 €; y “gastos por cambio de vuelos”, 343 €.

En justificación de lo anterior se aporta un certificado médico suscrito por un psiquiatra en Bolivia que alcanza el diagnóstico de “trastorno mixto ansioso depresivo” por “cuadro clínico secundario a problemas de salud de su esposa e hijo durante y posterior al trabajo de parto”. Asimismo, aporta la justificación del tratamiento farmacológico y documentación referida a cuestiones laborales y al cambio de un billete de avión del 9 de junio, cambiado para el día 18 (con un coste de 92 €).

3. Mediante oficio de 22 de julio de 2025, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas de procedimiento, el plazo de resolución y notificación y el sentido del silencio administrativo.

4. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el día 5 de septiembre de 2025 la Gerencia del Área le remite la historia clínica del episodio por el que se reclama y el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital

Tras una nueva petición de la Instructora, el 29 de septiembre la Gerencia le remite el historial médico de Atención Especializada del recién nacido y el informe del Servicio de Pediatría.

El informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología explica que la parturienta "realizó controles del embarazo" en el Hospital "desde la semana 22 con resultado de gestación de bajo riesgo./ Durante el control de la semana 40 manifiesta que no desea prolongar la gestación más allá de la semana 41 + 0./ En semana 41 + 0 acude a control de la gestación y manifiesta de nuevo su deseo de finalizar la misma", siéndole explicado el protocolo "que entiende y acepta". El 30 de mayo de 2025 "se inicia fase de preinducción mediante maduración cervical mecánica, prosiguiendo el 31 de mayo con dinoprostona vaginal./ Durante dicha fase inicia dinámica uterina dolorosa por lo que baja a paritorio para valoración. Ante el resultado del registro cardiotocográfico se decide retirar dinoprostona e iniciar inducción con oxitocina y amniorrexis; se administra analgesia epidural por deseo de la paciente./ Durante la fase de inducción se producen cambios puntuales en la frecuencia cardíaca fetal que precisan de manejo acorde a protocolo (cambios posturales, cese de administración de oxitocina y tocolisis). A las 22:05 h, ante RCTG categoría 2, con 9 cm de dilatación, se indica pH de calota fetal con resultado normal (7,32)". Explica que se alcanza la dilatación completa a las 00:00 h del día 2 de junio de 2025 y que "en las ocasiones en las que acudimos para valorar y explorar a la paciente le informamos tanto de la evolución de la dilatación como de los hallazgos en el registro cardiotocográfico", informándole sobre el pH de calota fetal. Señala que "se avisó al Servicio de Anestesiología para ajuste de analgesia por su parte en varias ocasiones./ A las 03:00 h acudimos de nuevo a paritorio: exploración sin cambios con presentación fetal en estación -4 y RCTG poco tranquilizador. Al no ser posible la extracción inmediata fetal por vía vaginal se decide cesárea urgente./ Al nacimiento, el criterio neonatal gold estándar está dentro de límites normales (pH de cordón umbilical de 7,15)./ Durante la cesárea, a la hora de la realización de la histerotomía, impresiona líquido amniótico maloliente no objetivado previamente por lo que, a pesar de paciente

afebril durante todo el proceso del parto, se decide coger cultivos de placenta y enviar la placenta a (Anatomía Patológica)./ Los cultivos resultan negativos y el estudio anatomopatológico de la placenta es informado como `corioamnionitis necrotizante´. Añade que "el Servicio es consciente de que el trato del profesional es determinante en la percepción de la evolución del proceso del parto acorde a la evidencia científica. No percibimos trato vejatorio ni intimidante por parte del personal durante la intervención quirúrgica. Ante ingreso de recién nacido, acorde a protocolo de Salud Mental Perinatal, se ofrece a la paciente valoración por parte de Salud Mental, que acepta, y se realiza el seguimiento por su parte. Durante el ingreso posparto acudimos a ver a la paciente, que nos manifiesta todas sus dudas y sensaciones a lo largo del proceso de inducción e intentamos resolverlas".

En el historial clínico figura el documento de "consentimiento informado para analgesia epidural durante el parto" aparece fechado el 1 de junio de 2025 y firmado por la médica y la embarazada: incluye ocho riesgos típicos "de mayor a menor frecuencia", apareciendo en cuarto lugar "fallos de la técnica: fallos inherentes a la misma por lo que la gestante puede seguir teniendo dolor en todo el abdomen o en parte", así como la "autorización para la recogida y conservación de muestras sanguíneas destinadas a la identificación del recién nacido".

Respecto al estado del bebé, el informe suscrito por una médica adjunta y el Jefe del Servicio de Neonatología explica que nació "el 2 de junio por medio de cesárea urgente por alteración en el RCTG con 41 + 2 semanas y un peso de 3,360 g" y que el embarazo fue controlado en Bolivia hasta la semana 21. Indica que "requirió de reanimación con administración de presión positiva intermitente (PPI)" y que "mantuvo en todo momento buenas frecuencias cardíacas, pero llamaba la atención la palidez cutánea, hipotonía generalizada y el esfuerzo respiratorio discontinuo e ineficaz de forma espontánea. El pH de arteria umbilical fue de 7,15 y el Apgar de 2/5/7. Tras estabilización se traslada con ventilación mecánica no invasiva y FiO2 máxima de 40 % a UCIN donde se administra profilaxis ocular y antihemorrágica". Destaca que "al ingreso presenta

una hipotonía generalizada con extremidades superiores en extensión e inferiores en libro abierto. Ausencia de actividad espontánea y respuesta muy breve a estímulos nocivos. Se pasa a escala de García-Alix para cuantificar la graduación de la encefalopatía hipóxico-isquémica obtendrás una puntuación de 22 (EHI moderada y susceptible de hipotermia en > 8 puntos). Dada la clínica neurológica, los antecedentes del parto y los datos gasométricos objetivos (...), se decide iniciar hipotermia pasiva y posteriormente hipotermia moderada activa. Se constata hipotensión arterial mantenida". que es abordada, mejorando la tensión arterial y la perfusión, "con descenso hasta resolución de acidosis metabólica. En primeras 24 h empieza a estar más reactivo y presentar algún movimiento espontáneo, aunque sea de poca amplitud y poco variable. El patrón de base del EEG-integrado no es de mal pronóstico" y que "ante el tiempo de bolsa rota, el cultivo vaginal materno positivo para EGB y el mal olor al nacimiento se pauta antibioterapia al ingreso" que se retira a los tres días de vida. Refiere "evolución neurológica muy positiva con mejoría progresiva presentando al alta una exploración prácticamente normal (ligera hipotonía axial) y siendo capaz de realizar las tomas por succión de forma satisfactoria. Tanto el EEG como las pruebas de imagen (...) no muestran lesiones sugerentes de secuelas de hipoxia-isquemia. Únicamente destaca un cefalohematoma biparietal./ Los diagnósticos durante su ingreso en UCIN, donde permaneció siete días, son los que constan el informe de alta:/ Encefalopatía hipóxico-isquémica con hipotermia moderada activa (no convulsiones). Hipotensión arterial/ shock hipovolémico (expansiones de volumen e inotrópicos)./ Acidosis metabólica grave. Hiperlactacidemia./ Bradicardia sinusal./ Anemia. Trombopenia. Coagulopatía./ Fallo hepático. / Insuficiencia renal aguda./ Hipoglucemia. Hipopotasemia. Hiponatremia. Hipofosforemia./ Al margen del aspecto neurológico (...) el resto de alteraciones han sido transitorias y estaban resueltas en el momento del alta hospitalaria./ Se ha vuelto a valorar en consultas externas a las 5 semanas de vida. La evolución ha sido buena (...) y a la exploración solo destaca ligera hipotonía cérico-axial. Se ha derivado a

Atención Temprana por riesgo neurológico y seguirá revisiones sucesivas mientras residan en España en consultas externas de Neurología del lactante”.

5. El día 4 de noviembre de 2025 la reclamante presenta un escrito solicitando el impulso del procedimiento y que se comuniquen su estado de tramitación.

Con fecha 5 de noviembre de 2025 -y de registro de salida, el día 10-, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas informa a los interesados del estado de la tramitación, indicando que “se ha enviado a la compañía aseguradora el 22 de octubre de 2025, estando a la espera de que esta emita el dictamen médico pericial”.

6. El día 24 de diciembre de 2025 ambos reclamantes presentan un escrito solicitando que se les informe sobre el estado del procedimiento, una vez transcurrido el plazo máximo para resolver, y que se dicte resolución expresa.

7. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el día 8 de enero de 2026 a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias por una especialista en Obstetricia y Ginecología.

En él, su autora señala que “a la luz de la documentación clínica revisada y de acuerdo con la evidencia científica y las guías clínicas vigentes, se concluye que en la actuación del equipo de Ginecología y Obstetricia del Hospital no se identifican desviaciones de la *lex artis* ni omisiones asistenciales que justifiquen una responsabilidad profesional en el desenlace descrito”.

Destaca que “la vigilancia estrecha del bienestar materno-fetal, la adecuada interpretación del registro cardiotocográfico, el uso proporcionado y basado en la evidencia de medidas de resucitación intrauterina y la indicación oportuna de cesárea urgente permitieron minimizar riesgos y evitar un daño mayor” enumerando como puntos clave: “1. Vigilancia estrecha por parte del personal sanitario del bienestar fetal intraparto mediante la realización de RCTG

continuo y pH de calota fetal./ 2. Control estrecho de constantes maternas./ 3. Tiempos de parto cumplidos./ 4. Consentimientos informados necesarios aportados y firmados./ 5. Empleo de las técnicas y recursos humanos acordes a la evidencia científica en ese momento para asegurar el control de bienestar materno-fetal./ 6. Hemoglobina fetal normal al parto./ 7. Prevención antibiótica de la sepsis neonatal precoz por *Streptococcus agalactiae* correctamente realizada./ 8. Neonato sin secuelas en la actualidad” y “9. Paciente que no ha precisado tratamiento farmacológico psiquiátrico” y que cuenta con un “pronóstico favorable”.

El informe pericial analiza detalladamente todos los episodios narrados en la reclamación y les otorga respuesta puntual y específica, concluyendo la inexistencia de responsabilidad patrimonial desde el punto de vista técnico, no apreciando infracción alguna de la *lex artis* ni, concretamente, omisión asistencial alguna.

8. Mediante oficio notificado a los interesados el 4 de febrero de 2026, la Instructora del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando al efecto una copia del expediente.

El día 19 de febrero, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que indica que “manifiesta expresa disconformidad con las conclusiones del informe pericial incorporado al expediente, por resultar incompleto, insuficientemente motivado y carente de análisis exhaustivo del contexto clínico global. El informe minimiza la gravedad objetiva del cuadro clínico inicial del recién nacido, obviando parámetros relevantes y la secuencia temporal de los hechos”. En segundo lugar, manifiesta que “consta documentalmente ingreso en UCI neonatal con diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica moderada, situación que por definición clínica implica riesgo vital y potencial afectación neurológica. El riesgo moral sufrido por los progenitores y el riesgo cierto padecido por el menor constituyen perjuicio antijurídico indemnizable”.

Respecto a la “relación de causalidad y el funcionamiento anormal del servicio” indica que “la prolongación del trabajo de parto y la gestión asistencial

deben analizarse bajo el estándar de *lex artis ad hoc*. La mera afirmación de ‘buena praxis’ sin análisis comparativo con protocolos clínicos vigentes no resulta suficiente para descartar funcionamiento normal del servicio público sanitario”.

Por otra parte, “interesa que, antes de dictarse propuestas de resolución, se practique valoración pericial verdaderamente independiente o se motive técnicamente la suficiencia del informe emitido por entidad vinculada al asegurador del riesgo”.

Finaliza señalando que “aun en el supuesto de inexistencia de secuelas permanentes, el daño moral, la hospitalización en UCI y el riesgo vital acreditado constituyen base objetiva para indemnización proporcionada, conforme a jurisprudencia consolidada”, que no cita.

9. El día 9 de marzo de 2026, la Instructora del procedimiento suscribe una propuesta de resolución en sentido desestimatorio, en la que reproduce algunas de las explicaciones aportadas en la pericial de la compañía aseguradora y concluye que “la asistencia sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*. Se ha realizado una vigilancia estrecha del bienestar materno-fetal con adecuada interpretación del registro cardiotocográfico, uso proporcionado de medidas de resucitación intrauterina e indicación oportuna de cesárea urgente que ha logrado minimizar riesgos, logrando un desenlace favorable, con un recién nacido que no presenta secuelas ni complicaciones clínicas en la actualidad, lo que refuerza que la asistencia prestada fue correcta, eficaz y beneficiosa para la madre y el neonato”.

Sobre el mal control del dolor, indica que en la historia clínica figuran varios avisos al Servicio de Anestesiología y que la anestesia local, en ocasiones, no alcanza el 100 % de eficacia. Respecto a la falta de consentimiento informado, explica que la cesárea se realizó con carácter urgente.

Por otra parte, señala que la falta de sufrimiento fetal prolongado ha quedado acreditada a la luz de los resultados del análisis de pH de calota fetal.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de abril de 2026, 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 autenticada 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.

Deducidas en un mismo escrito tres reclamaciones de responsabilidad patrimonial de diferente cuantía, se observa que todas ellas rebasan la cuantía que determina la preceptividad del dictamen.

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), 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. Habiendo sufrido el daño una persona menor de edad, están facultados para actuar en su representación los padres del mismo, a tenor de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos menores no emancipados.

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

TERCERA.- En lo referente al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 procedimiento ahora examinado, la reclamación se presenta el 9 de junio de 2025 en relación con el tratamiento dispensado con ocasión de un parto entre los días 30 de mayo y 2 de junio del mismo año, por lo que hemos de concluir que la acción ha sido ejercitada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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.

Por último, se aprecia que, en el momento de emitir el presente dictamen, se ha rebasado 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 21.1 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 se reclama una indemnización para la parturienta, el recién nacido y el padre de este por los daños que atribuyen a la asistencia durante el parto y por los perjuicios ocasionados al neonato, que hubo de ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permaneció siete días, por encefalopatía hipóxico-isquémica de la que pudo recuperarse.

Acreditada la efectividad de ciertos daños mediante la documentación médica incorporada al expediente, debemos 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 aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado 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 el 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 que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo 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 solo 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 caso sometido a nuestra consideración se reprocha al servicio público de salud una “negligencia obstétrica en la fase decisiva del parto” entendiendo que se puso en peligro la vida del recién nacido y de la madre, contribuyendo a una experiencia traumática e irreparable para ambos progenitores.

Consta que el recién nacido fue ingresado tras el parto en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales desde el 2 al 9 de junio de 2025, que se llevó a cabo mediante cesárea urgente tras alteración en el registro cardiotocográfico (RCTG): esta prueba permite valorar la eventual pérdida de bienestar fetal (secundaria a hipoxia fetal) de manera continua en atención a la frecuencia cardíaca del feto y las contracciones uterinas. El informe del Servicio de Pediatría

refleja como diagnóstico principal “encefalopatía hipóxico-isquémica moderada”. El informe del Servicio de Neonatología incluye en el diagnóstico encefalopatía hipóxico-isquémica con hipotermia moderada activa, hipotensión arterial/shock hipovolémico, acidosis metabólica grave, hiperlactacidemia, bradicardia sinusal, anemia, trombopenia, coagulopatía, fallo hepático e insuficiencia renal aguda, hipoglucemia, hipopotasemia e hipofosfatemia; aclarando que, al margen del aspecto neurológico en que el bebé aún muestra una ligera hipotonía axial con buen pronóstico, el resto de alteraciones estaban resueltas en el momento del alta hospitalaria.

En la reclamación se defiende que el ingreso en la UCIN y los tratamientos requeridos “fueron consecuencia directa” de la mala gestión del parto, por su duración y desenlace, habiéndose tomado decisiones alejadas “de los estándares obstétricos (...) que contradicen la urgencia clínica” que evidenciaban los datos clínicos de monitorización, alegando sufrimiento fetal mantenido y agudo. Además, se reprocha que la matrona y la auxiliar no informaran adecuadamente de los tres sangrados sufridos por la parturienta, tal y como ella -médica de profesión- pedía, afirmando que ello “tuvo consecuencias clínicas relevantes en el Área de Neonatología, ya que no se notificó oportunamente al equipo de UCI, dificultando la identificación del origen del cuadro que presentaba el recién nacido, quien ingresó con anemia y shock hipovolémico”.

A pesar de las aseveraciones contenidas en el cuerpo de los distintos escritos presentados, carentes de soporte probatorio que las sustente y sin que el hecho de que la madre sea médica de profesión pueda suplir el valor probatorio de un informe pericial, los informes incorporados al expediente nos permiten concluir que el parto fue constante y debidamente monitorizado, conforme protocolo, descartándose un sufrimiento fetal mantenido y agudo, y que en el momento en el que se aprecia una señal de alarma, según el criterio del personal médico actuante y a la vista de los distintos factores concurrentes en el caso concreto, se procede a realizar una cesárea de urgencia justificada, precisamente para evitar daños permanentes por hipoxia. Respecto a la omisión

de información relevante al Servicio de Neonatología, el informe de servicio no avala una dificultad en la identificación del cuadro que presentaba el recién nacido en el momento del ingreso en la UCIN.

Así las cosas, y a falta de un informe que contradiga lo peritado en este procedimiento, cabe entender que las desafortunadas dolencias padecidas por el recién nacido que requirieron de su ingreso hospitalario, con la consiguiente y comprensible angustia sufrida por sus progenitores, no están ligadas por un nexo de causalidad con la actuación negligente del personal sanitario, sin que haya podido acreditarse mala praxis médica.

Respecto a la madre, se indica en la reclamación que lo sucedido “constituye un caso claro de violencia obstétrica, pues fue inducida a un parto prolongado bajo condiciones médicas inapropiadas. Durante el proceso recibió comentarios despectivos y trato deshumanizado por parte del personal”, apelando, además, a que sus opiniones, siendo médica, no fueron tenidas en cuenta, negándosele la dosis solicitada de anestesia epidural por decisión de la matrona, negándosele la información que solicitaba sobre las dosis de oxitocina aplicadas y con abandono asistencial ante ciertos signos de alarma. Por otra parte, reprocha la ausencia de “consentimiento informado previo a varias intervenciones”, sin recibir explicaciones de riesgos y alternativas durante el proceso.

En el escrito titulado “cierre testimonial” presentado por los reclamantes se explicita que “uno de los momentos más graves fue la decisión anestésica durante el trabajo de parto. En una primera ocasión se le otorgó una dosis de anestesia que alivió el dolor”. Una vez pasado el efecto, explican que la paciente suplicaba a la matrona, sin la debida respuesta, “que llamara a la anestesista porque no aguantaba los dolores”, pasando mucho tiempo hasta la llegada de la anestesista que quien la matrona dio indicaciones de que “la dosis no fuera elevada porque esto obligaría a que la paciente no pudiera mover las piernas, lo que implicaría que ella (la matrona) tendría que hacer todo el esfuerzo”. La reclamante entiende que ello resultó determinante para ser “sometida a una cesárea de urgencia únicamente con la mínima dosis de anestesia epidural, sin

refuerzo adecuado para intervención quirúrgica”, por lo que sintió “todo el procedimiento quirúrgico, desde la incisión hasta las maniobras intraabdominales, sin efecto anestésico eficaz. El sufrimiento físico y emocional generado por esta experiencia fue extremo e indescriptible”, momento en el que se producen los gritos que le dirige el personal que asiste el parto para que deje de moverse, escuchados por su marido desde el pasillo. Finalmente, “ante los gritos y súplicas”, se le aplica anestesia general “para poder culminar la cirugía”. Afirma que, posteriormente, las ginecólogas “reconocieron que, en el momento de la cesárea, no se reforzó la epidural porque no se encontraba disponible una anestesista, ya que estaba en otra sala de parto”. Además, añaden “un comentario xenófobo por parte de la matrona, quien afirmó: ‘¿ves cómo aquí en España sí tenemos anestesista?’ en tono despectivo hacia la paciente extranjera”.

En suma, se formulan varios reproches a la sanidad pública, algunos de los cuales parecen basarse en la apreciación subjetiva de la experiencia vivida, pues, conforme lo expresado en los informes suscritos por especialistas que valoran la asistencia dispensada, y frente a los que los reclamantes no han presentado otros, el resultado de la monitorización y de las pruebas realizadas no muestran una mala praxis médica. Por un lado, los tiempos de expulsión del parto se encuentran dentro de los límites recomendados. Respecto al uso de oxitocina y de su antagonista, atosibán, queda acreditado que obedece a la toma de decisiones propia de la atención que debe prestarse según la evolución del proceso del parto, habiéndose probado que no se produjo sufrimiento fetal mantenido y que en el momento en el que se detectó, se procedió a la práctica de una cesárea urgente, sin que los avisos de monitores evidenciaran unos riesgos desatendidos por el personal sanitario. El relato de los hechos evidencia la tensión experimentada por la parturienta al creer que los avisos sonoros evidenciaban problemas en el feto, pero ello no se corresponde con el resultado de las pruebas que consta en la documentación clínica y justifican las menciones coloquiales de la matrona referidas a que a los monitores no hay que hacerles mucho caso. Lo mismo cabe aplicar a la percepción subjetiva de los tiempos de

suministro de anestesia o de espera por el personal del Servicio de Anestesiología, dependiente, por otra parte, y como no puede ser de otro modo, de los medios humanos disponibles y de la necesaria atención que se debe dispensar a otras personas que en los mismos momentos están recibiendo asistencia. Respecto a la participación de distintos profesionales en el curso del parto y de sus supuestas decisiones contradictorias, debemos insistir en que el personal sanitario toma decisiones en atención a lo que en cada momento debe abordarse y a la evolución del parto, no acreditándose contradicción, mala praxis ni omisión respecto a las recomendaciones de las guías clínicas. En suma, las lesiones por las que se reclama son la consecuencia del propio proceso, que es complejo, y no revelan una mala praxis.

Mención especial y separada merecen dos aseveraciones: la falta de información y de prestación de consentimiento y la práctica de una "cesárea de urgencia sin anestesia efectiva, lo que le causó un sufrimiento físico extremo y secuelas emocionales graves".

En cuanto al mal control del dolor, el Sespa apela al contenido del documento informado referido a la aplicación de la epidural, donde se indica que no es efectiva en todos los casos. El informe del Servicio afirma que se avisó en distintas ocasiones a la anestesista y que se procede a realizar una cesárea de urgencia en el momento de riesgo o constatación de hipoxia del feto. Con la información de que disponemos y valorando que la cesárea requirió hacerse de urgencia, evitando daños permanentes en el recién nacido, que la epidural no es una técnica infalible en el control del dolor tal y como consta en el documento de consentimiento informado, y que le fue suministrada a la interesada cuando lo solicitó, así como que finalmente el proceso quirúrgico se culminó cambiando el método anestésico y evitando la continuidad del sufrimiento, podemos admitir que no concurre un daño antijurídico que la reclamante no tenga la obligación jurídica de soportar, valorando positivamente que el propio Servicio de Obstetricia derivase a la paciente al Servicio de Salud Mental, encontrando -como se deduce de la lectura de su informe- en la sanidad pública un apoyo en

su recuperación tras vivir un episodio traumático que forma parte del mismo proceso asistencial sobre el que se reclama.

Respecto al trato recibido, el informe del Servicio de Ginecología del Hospital indica que “no percibimos trato vejatorio ni intimidante por parte del personal durante la intervención quirúrgica”. Se invoca que se le grita a la afectada que deje de moverse mientras se le está realizando la cesárea y que se vierten expresiones inapropiadas (¿me vas a enseñar a hacer mi trabajo?, ¿ves cómo aquí en España sí tenemos anestesista?), sin atender a las peticiones de información. La propuesta de resolución indica que “en cuanto a lo invocado sobre la falta de consentimiento informado para la cesárea urgente, señalar que la urgencia de cuadro resulta incompatible con el trámite escrito del documento”. El informe aportado por la compañía aseguradora de la Administración indica que la paciente suscribió el documento de consentimiento informado de analgesia epidural.

Respecto al deber de informar, hemos de estar a las garantías recogidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, partiendo de que el derecho al consentimiento informado se encuentra consagrado en los artículos 10 y 15 de la Constitución, y 4.1, 8, 9 y 10 de la citada Ley 41/2002. La Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de marzo de 2026 -ECLI:ES:TS:2026:1136- (Sala de lo Civil, Sección 1.ª) afirma que “no podemos aceptar el argumento de que en el caso del parto cabe prescindir del derecho de información y consentimiento de la mujer por tratarse de un proceso natural”, insistiendo en que “no son admisibles comportamientos que sustraigan a la mujer de su derecho a ser informada con fundamento en que el parto es un proceso natural, puesto que ello supondría la reducción de su persona a la categoría de un simple ente sin voluntad sobre el que cabe libremente disponer, prescindiendo de su autonomía a la hora de gestionar el proceso del parto. No cabe sostener que, en tales casos, su consentimiento no deba ser obtenido, que pueda ser ignorado o que deba soportar pasivamente cualquier intervención sobre su cuerpo mediante la cosificación de su persona”, que enlaza con la

postura de la OMS y con lo previsto en los artículos 2 y 3 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Considerada esta doctrina, el resarcimiento del daño por vulneración del derecho al consentimiento informado compensa el daño moral derivado de haber sustraído al paciente la posibilidad de actuar de otro modo o el padecimiento inherente a no conocer datos relevantes sobre su salud. En este caso no se objetivan alternativas practicables y la información que se echa en falta (sobre el uso de la oxitocina, sobre los sangrados y su influencia en la evolución del parto, sobre el uso de atosibán o sobre los resultados de las pruebas de control de bienestar fetal) no privó a la afectada del conocimiento puntual de su estado y, sobre todo, no es la determinante -de haberse efectivamente omitido- del menoscabo psicológico que se invoca.

Ese menoscabo se anuda también a unas supuestas expresiones despectivas vertidas durante el proceso asistencial, debiendo observarse que ni quedan acreditadas ni pueden erigirse en factor causal del daño que se reclama pues, en su caso (¿me vas a enseñar a hacer mi trabajo?, ¿ves cómo aquí en España sí tenemos anestesista?) son respuestas que no pueden desligarse del complejo contexto en que se producen y no delatan *per se* un trato denigrante.

En definitiva, la lectura del expediente no permite considerar acreditados fallos en la adopción de decisiones clínicas, y las manifestaciones de la recurrente contrastan con el sólido criterio técnico de los informes obrantes en autos, que niegan tratos vejatorios de ningún tipo.

Se trata de una pareja que reside en Bolivia, siendo él natural de Asturias, que hace el seguimiento del embarazo en aquel país y que deciden trasladarse a Asturias para finalizar la gestación y dar a luz, con el apoyo pleno de los padres del ahora reclamante, con quienes pasan a convivir. Este relato, que se extrae del informe del Servicio de Salud Mental aportado, choca con la negación de “red familiar” que se invoca, y evidencia una elección o preferencia por un servicio sanitario, sin que pueda obviarse que este es de medios y no de resultado, y aquellos se pusieron ampliamente a disposición de los reclamantes.

Queda acreditada, en atención a la documentación disponible, una adecuada praxis médica en el desarrollo del parto, con control del bienestar fetal puntual y respuesta inmediata a las incidencias que se presentaban, que llevaron a una cesárea de urgencia, sin que las complicaciones sufridas puedan anudarse a carencias del servicio sanitario.

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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º