



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 7 de julio de 2004, x, en representación de x. y de su esposa x., según escritura de poder que acompaña, quienes actúan en su propio nombre y en representación de su hijo menor, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por la asistencia prestada en el proceso de alumbramiento del hijo de ambos.

Se describe lo ocurrido del siguiente modo:

X., de 22 años de edad, embarazada de 39 semanas y 1 día, acudió el 7 de marzo de 2003, a las 15:20 horas, al Servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos (San Javier) por encontrarse con molestias y tener contracciones cada 20 minutos. Diagnosticada de pródromos de parto, es enviada a su domicilio con la recomendación de vigilar si rompía aguas, manchaba como una regla o tenía contracciones cada 5 minutos.

Esa misma noche a las 0:30 horas, ya el día 8, vuelve al Hospital por tener contracciones cada 6 o 7 minutos, siendo atendida por el mismo facultativo de la tarde, e ingresada a la 1 de la madrugada en una habitación con orden de rasurar y enema. Dicen los reclamantes que a partir de ese momento la parturienta fue abandonada, pues no consta ninguna exploración hasta las 9 de la mañana.

A las 9 de la mañana del día 8 de marzo, la señora x. se encontraba en la sala de dilatación con periodo activo de parto, iniciándose la monitorización, según consta en la historia clínica. En ese momento se cursó preoperatorio y se procedió a la estimulación del parto, siendo la dilatación, según la hoja del partograma, de 6 cms. a las 9,30 horas y la presentación cefálica en plano I-II.

A las 9,50 horas del mismo día, por registrarse bradicardias en la monitorización (síntomas de sufrimiento fetal), la matrona avisó al Dr. x. quien, sin realizar una prueba de Ph fetal para comprobar el estado, decidió aplicar la ventosa para acortar el parto. Después de cuatro tracciones y una prolongación de la episiotomía consiguió la extracción del niño, a las 10:25 horas, 35 minutos después de que fuera avisado por las bradicardias.

El recién nacido fue reanimado con ambú, presentando a los dos minutos buena coloración y frecuencia cardiaca, pero ante la ausencia de respiración espontánea a los 5 minutos requirió intubación endotraqueal durante 1 minuto, tras lo que inició respiración espontánea y fue llevado a la incubadora. Presentó un apgar de 2 al minuto y 4 a los 5 minutos. Fue ingresado en el Servicio de Neonatología a los 20 minutos del nacimiento con el diagnóstico de asfisia fetoneonatal severa y distress respiratorio, siendo trasladado al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca por presentar episodios de chupeteo y trismus dentro de la primera hora de vida, e ingresado a las 4 horas de su nacimiento en la UCI neonatal del citado Hospital para seguir la evolución.

Desde el alta hasta la fecha, el niño ha sido tratado en consultas externas del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, con el siguiente diagnóstico a los 11 meses de vida:

- Encefalopatía hipóxico-isquémica de causa perinatal.
- Retraso psicomotor.

- Crisis neonatales.

- Estrabismo convergente fijo.

Los reclamantes achacan al servicio público sanitario que no adecuó su organización a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad que han de regir su actividad, sosteniendo que el daño que padece el menor es consecuencia de la asfixia neonatal severa que le causó la asistencia al parto, pudiendo haberse evitado de aplicarse las siguientes medidas:

a) Cuando la paciente llegó al Hospital Los Arcos a las 0,30 horas del día 8 de marzo se le tendría que haber realizado una monitorización, máxime cuando la efectuada en la tarde anterior no era totalmente tranquilizadora.

b) Sin embargo, se decidió ingresar a la paciente en una habitación normal, donde pasó toda la noche sin que se le hiciera ningún control hasta las 9 de la mañana.

c) El proceder a la estimulación del parto a las 9 de la mañana fue una decisión imprudente, sin conocer el grado de bienestar fetal, asumiendo un riesgo desproporcionado, pues el aumento de las contracciones uterinas puede incrementar el sufrimiento del feto; máxime cuando se conoce que ya se había iniciado la expulsión de líquido teñido, lo que era un síntoma de pérdida de bienestar fetal.

d) Al mismo tiempo se inició la monitorización cardiotocográfica, que debía haberse iniciado antes, que inmediatamente reflejó la presencia de una bradicardia, y la matrona tendría que haber avisado antes al médico, en lugar de esperar a las 9,50 horas.

e) El facultativo que le atendió no actuó adecuadamente, pues debió realizar previamente un pH fetal para la comprobación del estado y, en función del resultado, decidir si era viable la vacuoextracción o era necesario proceder a una cesárea, que hubiera permitido extraer al niño en un máximo de 10 minutos. De otra parte, señala que no se daban las condiciones idóneas para aplicar la ventosa, pues a las 10 horas el feto se encontraba en el plano II de Hodge. La actuación correcta habría sido la finalización del parto por la vía más rápida, la realización de una cesárea.

f) Se debió informar a los padres de las distintas alternativas, lo que no se hizo.

Por lo expuesto, los reclamantes solicitan la cantidad 1.350.000 euros desglosada en los siguientes conceptos: 1.200.000 euros al menor con base a las secuelas fisiológicas, su *pretium doloris* y la pérdida de capacidad de desarrollo de una vida plena; y a sus padres la cantidad de 150.000 euros (75.000 euros para cada uno) por los daños morales causados.

Finalmente, se propone como prueba documental la que acompaña correspondiente a las historias clínicas de la madre y del recién nacido (folios 11 a 151), la testifical de los Dres. x, y, z, así como de la matrona x. y la enfermera que tuvo a su cargo la vigilancia de la paciente en la habitación 105-b la noche del 7 al 8 de marzo del 2003. Asimismo, se solicita informe a la Dirección Médica del Hospital Los Arcos sobre el horario de trabajo de los Dres. x, y., y la disponibilidad de quirófanos y anestelistas entre las 0 horas y las 10,25 horas del día 8 de marzo de 2003.

SEGUNDO.- Con fecha 20 de julio de 2004, la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que es notificada a los interesados.

Asimismo, se notificó la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Compañía de Seguros del ente público, a través de la correduría, y a los Hospitales Los Arcos y Virgen de la Arrixaca, solicitando las historias clínicas de la madre y del menor, los informes de los facultativos que les atendieron, así como la restante documentación concretada por los reclamantes a efectos de prueba.

TERCERO.- El 20 de septiembre de 2004 el Hospital Los Arcos remite la historia clínica (folios 207 a 245) y los

informes de los profesionales solicitados. También el de la matrona x., así como los horarios de trabajo y la identificación de las enfermeras que se encontraban al cuidado de la planta donde ingresó la paciente. También se detalla la disponibilidad de quirófanos el día 8 de marzo y se confirma que existía un anestesista de guardia con presencia física en el Hospital.

De entre los informes evacuados, por su relación con las imputaciones que realizan los reclamantes, se transcriben seguidamente los siguientes:

1. El evacuado por el Dr. x., quien atendió a la paciente el 7 de marzo por la tarde y posteriormente a su ingreso en el Hospital (a las 0,30 horas del día 8), señala lo siguiente respecto a los resultados de la monitorización fetal realizada la tarde anterior (folios 162 a 164):

"El MONITOR refleja una frecuencia cardiaca fetal basal de 140-150 latidos por minuto, con variabilidad normal, presencia de múltiples aceleraciones y ausencia de contracciones, siendo etiquetado de REGISTRO REACTIVO (). No existe el término regular al definir un registro, siendo un error en la lectura del informe, que posteriormente confunde al letrado en sus afirmaciones.*

La exploración vaginal indica un cervix muy posterior, cerrado (ausencia de dilatación), con presentación fetal sobre estrecho superior (SES) y ausencia de fluidos en vagina (no rotura de bolsa ni hemorragia).

Con el diagnóstico de PRÓDROMOS DE PARTO () se le indica a la paciente la duración indeterminada de esta fase, incluyendo de varias horas a varios días, informando que deberá ingresar si presenta rotura de bolsa de aguas, sangrado genital o contracciones regulares. El alta es dada sobre las 17 horas".*

El informe aclara que las indicaciones (*) se corresponden a los protocolos asistenciales de la Sociedad Estatal de Ginecología y Obstetricia (SEGO, en lo sucesivo), actualizados al año 2003, cumpliéndose con los criterios de pródromos y periodo de latencia de parto.

En relación con su asistencia del día 8 de marzo de 2003, el citado facultativo refiere:

"A las 00:30 horas de esa misma noche la paciente acude por contracciones cada 6 o 7 minutos, sin rotura de aguas ni manchado genital.

Es atendida en el servicio de urgencias, sala de exploración ginecológica en el que se verifica:

Exploración externa: fondo uterino como gestación de tamaño medio, situación fetal longitudinal cefálica libre y el latido cardiaco fetal a 140 latidos por minuto.

Tacto vaginal: no rotura de bolsa ni sangrado genital; estado del cuello desfavorable, longitud acortada (inicio de borramiento), dilatación de un dedo (mínima dilatación), centrándose y de consistencia dura (no maduro). Valoración del estudio previo de la tarde anterior, con registro reactivo hace escasas horas y cambios en el estado del cervix uterino.

Con el diagnóstico de PERIODO DE LATENCIA DE PARTO () (dilatación inferior a 3-4 centímetros, y menos de 2-3 contracciones en 10 minutos), se procede al ingreso de la paciente, indicándose en la hoja de tratamiento: rasurar y enema y avisar si dinámica.*

Tras el ingreso la paciente es acompañada a su habitación, en la primera planta de obstetricia, 105 cama B, separada del control de enfermería únicamente por el despacho del pediatra.

Se procede a su rasurado y enemado en la habitación, para poder ser trasladada a la sala de dilatación y parto, cuando sea indicado.

Pasa a ser controlada por la matrona de guardia, según protocolo del servicio, llevando el control clínico de la paciente en su habitación.

No queda reflejado en la historia ninguna llamada de esta paciente, circunstancia habitual en estos casos, quedando reflejado de manera indirecta:

- Valoración del color de las aguas, frecuencia fetal y estado de dilatación de la gestante a las 6:00 horas (protocolo de servicio en rotura de bolsa).

- Exploración con modificaciones cervicales que indican el paso de la paciente a la sala de dilatación y partos, previo al relevo de matrona.

- Presencia activa del personal de guardia en habitaciones de planta y sala de dilatación con motivo de otro ingreso y parto en esa misma noche.

Es previo al cambio de turno de la guardia de ginecología cuando hallo a x. en la sala de dilatación, iniciando el PERIODO ACTIVO DE PARTO (), transmitiéndoselo así a mi compañero entrante, Dr. x.*

Es mi deseo destacar:

- Que la paciente estuvo lista para su paso a la sala de dilatación desde su ingreso.

- Que el personal de guardia estuvo actuando en esa misma noche.

- Que no se efectuó el traslado de la paciente a la sala de dilatación previamente por no hallarlo indicado en su situación obstétrica.

- Que la rotura de bolsa hacia las 6:00 horas de la mañana con líquido amniótico claro revela la ausencia de sufrimiento fetal previo.

- Que en el relevo de matronas la paciente se halla ya en la sala de dilatación, sin vía y con:

-Monitorización externa normal.

- Dilatación de 3-4 centímetros.

- Bolsa Rota con líquido amniótico claro".

2. Por su parte, la matrona x. también emite su informe (folio 165), en el que asegura que fue ella, tras incorporarse a su turno a las 9 horas, quien realizó la canalización de la vía de infusión y cursó el preoperatorio, si

bien la hoja de partograma estaba abierta por la matrona que le dio el relevo. Indica además:

"Respecto a la observación que se realiza en la reclamación de la x. referente a la anotación en el Partograma de la Rotura de la Bolsa a la 6 h., he de decir que es obvio que la rotura de membranas no se produjo delante de mí por lo que la anotación que consta procedería de la información suministrada por la propia gestante bien directamente a mí o de la matrona saliente".

CUARTO.- En el historial remitido por el Hospital consta también un extenso informe del Dr. x. (folios 166-173), acompañado de los protocolos y de la bibliografía correspondiente (folios 174-204), del que destacamos los siguientes fragmentos, pues a su actuación los reclamantes imputan una inadecuada *praxis*:

"El pasado sábado día 8 de marzo de 2003, al entrar de guardia se me informó, como es habitual, por mi compañero saliente Dr. x. de lo acontecido en su guardia y del trabajo pendiente, entre otras cosas que había una paciente primeriza en periodo activo de parto en dilatación, sin otra patología reseñable, que había sido ingresada de madrugada en periodo de latencia, tal como se indica en la historia clínica del ingreso (...)"

Después de describir los tres periodos del parto, según el Protocolo de la SEGO núm. 3 (dilatación, expulsivo y alumbramiento), refiere que en la dilatación se distinguen a su vez dos fases: latente (desde el comienzo del parto hasta el inicio de la fase activa (aprox. 3-4 cms. de dilatación), y fase activa hasta la dilatación completa.

Después aclara:

"El Periodo de Latencia normal en una nulípara ha de ser de <20 horas (...).Debo recordar que la paciente ingresó a las 00:30 horas en Fase latente y a las 9:00 horas estaba en dilatación en Fase activa, por lo que la evolución era absolutamente normal.

Se habla de Periodo Activo cuando la paciente nulípara presenta cuello borrado y dilatación de 3-4 cms. (P. n° 3). La paciente a las 9:30 horas estaba con 6 cm. de dilatación y cuello borrado por lo que el parto transcurría dentro de la más estricta normalidad.

La administración de oxitocina se realiza "de acuerdo con el buen juicio clínico cuando se considere necesaria para la obtención de la dinámica uterina, adecuada al momento del parto" (Protocolo Asistencial en Obstetricia de la SEGO n°3) y según el registro del monitor la dinámica no es la apropiada en ese momento. Por otra parte la dosificación de oxitocina corrige disdinamias e incoordinaciones de la dinámica lo que hace que ésta sea más efectiva. Por lo tanto de ningún modo ajustado a la Sanidad más elemental, se puede afirmar, ni tan siquiera deducir, como, con aparente lógica y sin fundamento alguno realiza el letrado promotor del presente expediente al alegar que "porque se estimuló el parto (o sea se administró oxitocina) el parto no progresaba adecuadamente".

Durante el Período Activo se considera normal la presencia de 3-5 contracciones cada 10 minutos, siendo eficaz aquella que permite el progreso satisfactorio de la dilatación cervical sin repercusiones adversas para la madre o el feto (Protocolo de la SEGO n° 3), y por lo que se ve en el registro del monitor así acontece hasta las 9:50 horas. Salvo una deceleración inicial sin relación aparente con la contracción, el ritmo es ondulatorio y el patrón reactivo. Por otra parte y según el Partograma, la rotura de bolsa (amniorrexia) fue espontánea y con líquido amniótico claro (signo de normalidad), a las 6:00 horas del 8 de marzo de 2003.

(...) En cuanto al descenso de la presentación en un parto normal en una nulípara los valores normales son de 1-5 cm./hora (...). Según el Partograma, la altura de la presentación había evolucionado de I-II plano a las 9,30 minutos, hasta un II plano a las 10,00 horas, lo que indica bien a las claras la normalidad de la evolución del parto.

Continúa señalando que a las 9,50 horas la matrona de guardia le avisa por presentar el registro bradicardias, según consta en la hoja de control topológico de matronas. No obstante la matrona realiza en dilatación un tacto vaginal a la paciente para comprobar la dilatación cervical y altura de la presentación, que es el que figura en el Partograma fechado a las 10 horas y "tras informarme la matrona en Dilatación de las condiciones obstétricas de la paciente y ver el registro fetal indico pasarla a Paritorio para evaluación en plano duro (mesa de partos) y valorar con los pujos el descenso de la presentación. Nunca se decide un parto operatorio instrumentado sin antes

evaluarlo en la mesa de partos.

Sólo cuando está en Paritorio empujando, aproximadamente a las 10:05 horas, y no antes, es cuando decido realizar "por mi cuenta y riesgo", asumiendo que soy el único ginecólogo de guardia de presencia física del Servicio y, según mis conocimientos, un parto operatorio mediante ventosa obstétrica, y no una cesárea urgente o un PH fetal para comprobar el estado fetal, como el representante legal de la paciente con una total impunidad y atrevimiento asegura, y lo hago basado en estos hechos:

- El peso fetal estimado por ecografía realizada el 3 de marzo (semana 38+4) de gestación es de 3.270 gr., consignado en Hoja de Monitores. Por lo tanto, no es un feto grande.
- La paciente cuando la exploro en Paritorio y con pujo presenta dilatación completa, posición OIIT y cabeza en 111-IV plano, según consta en Partograma.
- En ningún momento se aprecia líquido amniótico teñido (signo de alerta).
- El registro del monitor por el que me avisa, si bien es sugerente de riesgo de pérdida de bienestar fetal, presenta morfología de deceleraciones variables moderadas con estas características favorables (Protocolo de la SEGO nº 9):
 - Por encima de 100 latidos/min durante < 60 seg.
 - Recuperación rápida de la línea de base.
 - Variabilidad >5 latidos/min.
 - Aceleraciones previas o posteriores a la deceleración.
 - No deceleraciones prolongadas de < 70 latidos/min. durante >7 minutos.

Además: "El 70% de los fetos presentan un trazado de la FCF normal con variabilidad mínima a moderada, con/sin aceleraciones, pudiendo presentarse deceleraciones variables leves".

La cardiotocografía, que es un método continuo, no invasivo y con un alto valor predictivo negativo, tiene una sensibilidad >95% para predecir la acidosis pero una baja especificidad y por ello una alta tasa de falsos positivos, que llegan a alcanzar el 50-70%"

El PH en cuero cabelludo fetal, que sería el indicador más fiable para considerar la finalización inmediata del parto, ante las condiciones obstétricas de la paciente (dilatación completa, posición OIIT y cabeza en III-IV plano) no está indicado (Protocolo Asistencial en Obstetricia de la SEGO nº 9 y 10). Hay que resaltar que el PH no es capaz de diagnosticar la depresión neonatal secundaria a trauma, infección de fármacos, prematuridad o malformaciones".

Respecto a su decisión de no realizar la prueba del pH, el facultativo expresa lo siguiente:

"- El tiempo necesario para su obtención: sería necesario el traslado por personal auxiliar al Laboratorio (situado una planta por encima de donde nos encontrábamos), además de su procesamiento por el mismo, la obtención del resultado y la transmisión del mismo al Doctor que suscribe. Y (para conocimiento del letrado para futuras actuaciones) una sola determinación no es concluyente para tomar una decisión de tal envergadura, lo que obliga a realizar la misma prueba en repetidas ocasiones.

- Se trata de una prueba invasiva, no continua y que requiere repetidas muestras, además de conllevar una "tasa de falsos positivos del 6%".

- Por contraindicación relativa para el empleo ulterior de la ventosa, pues ésta puede provocar sangrado importante en la zona de la punción".

Respecto a la posibilidad de realizar una cesárea urgente, que también consideró y desechó el ginecólogo, argumenta que dadas las condiciones clínicas de la paciente (iba a parir de forma inminente), la vía más rápida y factible, tanto para la madre como para el feto, era la vaginal mediante un parto vaginal instrumentado, y no una cesárea, explicando seguidamente las razones por las que desechó esta última (folios 169 a 171), que se resumen seguidamente:

El tiempo para la indicación de una cesárea urgente hasta el nacimiento ha de ser inferior a 30 minutos. En este caso había que trasladar a la paciente a un quirófano que no está en el mismo paritorio, esperar a que el anestesista aplicara la anestesia adecuada, y que no hubiera problemas de abrir la pared y la cavidad uterina. Por lo tanto, considerando que a las 9,50 horas fue avisado por la matrona, de haber tomado de inmediato la decisión el niño habría nacido a las 10,20 horas. De considerar la hora que estaba en el paritorio habría nacido a las 10, 35 horas, cuando el niño nació por ventosa a las 10,25 horas. También señala que la morbilidad materna y fetal en la cesárea por sufrimiento fetal es mayor que en el parto vaginal.

De otra parte, explica que cumplió las condiciones para la aplicación de la ventosa obstétrica del Protocolo de la SEGO núm. 21, a la vez que cuestiona las afirmaciones de la parte reclamante sobre que la monitorización realizada la tarde anterior no era totalmente tranquilizadora, pues, por el contrario, indicaban bienestar fetal; también que en ningún sitio del partograma o de la hoja de control tocológico de la matrona se cita que hubiera líquido teñido, cuando rompió aguas la paciente.

Por último, considera que el ginecólogo está para valorar lo que el paciente realmente necesita, en función de su situación clínica, individualizando en cada caso la vía más rápida y accesible y que los riesgos sean mínimos cuando se usa de forma ponderada y juiciosa, aunque en este caso por desgracia los resultados no hayan sido los esperados.

QUINTO.- El Director Gerente del Hospital Virgen de la Arrixaca remite la historia clínica compulsada del menor (folios 248 a 346), así como un informe del Dr. x., médico adjunto especialista del Servicio de Pediatría, de 15 de septiembre de 2004 (folio 347), en el que se señala que no es correcta la afirmación "*de que el daño se le causó en el momento de la asistencia al parto (...) ya que no existen otras anomalías perinatales que pudieran justificar otra etiología del daño (...)*".

SEXTO.- Con fecha 20 de octubre de 2004 se solicita a la Inspección Médica informe valorativo de la reclamación, que es evacuado el 28 de noviembre de 2005 (folios 390 a 407), en el que se resumen las actuaciones complementarias realizadas por la Inspectora asignada, entre ellas, los contactos mantenidos con las matronas intervinientes, que le explican que para pasar a la paciente de la habitación en planta a la sala de dilatación siempre se examina antes; entrevistas con los Dres. x. (ginecólogo), x. (Servicio de Pediatría del Hospital Los Arcos) y x. (Servicio de Neuropediatría del Hospital Virgen de la Arrixaca), cuyos resultados se plasman en el informe. Después de relacionar los protocolos aplicables a las historias clínicas, alcanza la siguiente conclusión:

"No se detectaron factores de riesgo anteparto, no se detecta falta de atención ni abandono de la paciente durante

el ingreso. Durante el parto, las decisiones clínicas se fundamentaron, la instrumentación utilizada era usual en el Servicio, no se detectó impericia o creación de riesgo durante su manipulación. La reanimación postparto fue inmediata, el pediatra estaba presente en el nacimiento y se ofreció atención continuada hasta su traslado a otro centro. El resultado desfavorable expuesto no cabe achacarlo a una incorrecta actuación de los profesionales actuantes".

SÉPTIMO.- Consta que los reclamantes interpusieron recurso contencioso administrativo frente a la desestimación presunta de la presente reclamación (procedimiento ordinario núm. 264/2005), y que fue remitido el expediente y posteriormente el informe de la Inspección Médica a la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia para la sustanciación del citado recurso.

OCTAVO.- Con fecha 7 de junio de 2007, la instructora considera la conveniencia de recabar un informe de la SEGO acerca de la *praxis* médica adoptada durante la asistencia al parto, solicitando al Presidente de la citada sociedad la designación de un especialista con el fin de aclarar ciertas cuestiones, que son concretadas seguidamente.

Designado como perito el Dr. x., profesor titular de obstetricia y ginecología de la Universidad Autónoma de Madrid (folio 424), quien tras realizar una amplia exposición y análisis del supuesto (folios 425 a 465), contesta las preguntas formuladas por la instructora de la siguiente forma:

1. ¿Si cuándo x. acude a Urgencias del Hospital Los Arcos el 7 de marzo de 2003, fue correcto el diagnóstico de "pródromos de parto" y posterior remisión de la paciente a su domicilio?

"Sí, se hizo un diagnóstico correcto y la decisión de enviar a la gestante a su domicilio es correcta".

2. ¿Si una vez que la paciente ingresa en el Hospital Los Arcos el 8 de marzo de 2003 se llevó a cabo un adecuado control y vigilancia del parto de x., acorde a los Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia?

"El proceso asistencial realizado a esta señora en cuanto a control y vigilancia del parto es acorde a lo señalado en los correspondientes protocolos de la SEGO".

3. ¿Si es cierto que hasta el momento en que se lleva a cabo la expulsión instrumental no existen alteraciones en el registro cardiotocográfico fetal que puedan relacionarse con una situación de hipoxia de la suficiente entidad como para originar las lesiones neurológicas posteriormente diagnosticadas?

"El registro cardiotocográfico no mostró signos de hipoxia grave en la gráfica de la FCF".

4. ¿Si es cierto que los registros aportados a las actuaciones muestran patrones normales, existiendo únicamente algunas deceleraciones de tipo variable sin que puedan relacionarse con una situación de hipoxia grave?

"Las alteraciones de la FCF pueden ser calificadas como las de un feto que está en situación de RPBF, pero no de un feto en grave compromiso hipóxico".

5.- En el presente caso ¿se daban las condiciones, de acuerdo con los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para la aplicación de la ventosa obstétrica? Razone la respuesta.

"Se daban las condiciones necesarias para la aplicación de la ventosa obstétrica, existía la indicación y no había

ninguna contraindicación que desaconsejara su uso".

6. ¿En el presente caso, concurren los criterios generalmente consensuados que permitan afirmar que estamos en presencia de una encefalopatía o parálisis cerebral secundaria a hipoxia intraparto?

"A la luz de los conocimientos actuales y aplicando los criterios internacionalmente admitidos se puede afirmar que no estamos ante una encefalopatía secundaria a hipoxia intraparto".

7.- En su opinión, ¿la actuación desarrollada por los distintos profesionales que asistieron al parto de x. no se ajustó a las normas de la *lex artis*?

*"En el proceso de la asistencia al parto de esta señora, los distintos profesionales actuaron siguiendo la *lex artis*".*

NOVENO.- El 9 de noviembre de 2007 se otorga un trámite de audiencia a las partes interesadas, presentando escrito de alegaciones los reclamantes el 14 de diciembre de 2007, manifestando su desacuerdo con el especialista de la SEGO en varias cuestiones, y aportando copia de informe pericial de secuelas realizado por el Dr. x. y el dictamen del ginecólogo x. (folios 512 a 534), quien afirma lo siguiente:

"No consta ningún otro control de la paciente hasta que a las 9:00 horas es trasladada a la sala de dilatación. Ni siquiera consta una nueva toma de tensión arterial a la paciente, a pesar de que la cifra de tensión arterial al ingreso era claramente elevada (145/95 mm Hg)

A pesar de la existencia del cultivo positivo para estreptococo agallactiae, lo que obligaba a la realización de profilaxis antibiótica intraparto para evitar la contaminación del recién nacido, no se hizo profilaxis antibiótica intraparto.

No figura en la documentación aportada la indicación por la que se administra oxitocina. Hay que tener en cuenta que el parto evolucionaba bien.

Tampoco consta que la administración de oxitocina fuera ordenada por el médico responsable.

En el protocolo del hospital Los Arcos aportado con el expediente, se indica la realización de algunas acciones que no se realizaron en este caso:

- Toma de constantes cada tres horas. No se hizo, a pesar de que al ingreso la paciente tenía una tensión arterial elevada.
- Administración de antibioterapia si está indicada. En este caso lo estaba, y sin embargo tampoco se hizo.

La matrona no avisó al ginecólogo, a pesar de las características del registro cardiotocográfico al comienzo de la monitorización. Nada más comenzar la monitorización aparece una deceleración variable profunda, en la que la frecuencia cardíaca fetal desciende hasta los 100 lpm. En este momento debió avisar al ginecólogo, para que éste

valorase las características del registro. Sin embargo, la matrona no avisó al ginecólogo hasta las 9:50 horas.

En caso de haber dispuesto del utillaje necesario para realizar un pH, habría sido necesario realizarlo inmediatamente después de la aparición variable profunda a los 5 min. de iniciada la monitorización el día 8/3/03. En caso de no disponer del material necesario para la realización de este análisis fetal intraparto (tal y como ocurría en este caso), habría sido necesaria la finalización del parto "por la vía más rápida". Como la paciente no se encontraba en dilatación completa, habría sido necesario realizar una cesárea (máxime cuando existían deficiencias estructurales, en concreto la situación del paritorio, que no es adecuado para hacer cesáreas), lo que habría permitido ganar tiempo, y proceder a la extracción fetal antes de que se produjeran consecuencias inevitables.

La administración de oxitocina, sin una indicación clara, sin que lo ordene por escrito el médico responsable, y sin conocer la dosis de administración, pudo ser un factor coadyuvante en la aparición de la hipoxia, al provocar una hipertonía uterina, que aparece reflejada en el registro cardiotocográfico.

El niño x. padece una encefalopatía como consecuencia de la hipoxia intraparto sufrida, tal y como se pone de manifiesto en los informes de alta aportados.

La encefalopatía hipoxico-isquémica que padeció pudo ser evitada:

- Realizando una determinación de pH intraparto, a la vista de las características del registro cardiotocográfico. En caso de haber detectado un estado de acidosis inicial, se habría podido proceder a la extracción fetal mediante cesárea antes de que la acidosis se agravase.

- Procediendo a la extracción del feto, a la vista del registro cardiotocográfico, y teniendo en cuenta las limitaciones estructurales del hospital en cuestión".

DÉCIMO.- Con fecha 27 de marzo de 2008, el órgano instructor solicita al perito designado por la SEGO que aclare los aspectos de su informe cuestionados por la parte reclamante, siendo ampliado su informe el 11 de abril de 2008, en la forma en que se describe en los folios 545 a 553 del expediente, ratificándose en que en el proceso de asistencia al parto de la paciente los distintos profesionales actuaron siguiendo la *lex artis*, basándose en los argumentos esgrimidos en el informe anterior, fundamentándose en publicaciones de reconocido prestigio, que se citan de forma individualizada en cada actuación.

UNDÉCIMO.- El letrado actuante presenta escrito de 14 de febrero de 2008, recusando a la SEGO como institución y a su perito Dr. x. (folios 556 a 560), alegando que tienen interés indirecto en el presente asunto, careciendo sus respuestas de objetividad, dado sus planteamientos, algunos de ellos publicados, sobre la injusta persecución de los ginecólogos por las reclamaciones frente a su actuación. También se aluden a otras razones, como la dependencia en el ámbito universitario entre el Presidente de la SEGO y el perito designado por éste, las relaciones con --, S.L. (empresa que elabora habitualmente los dictámenes a --, S.A., aseguradora del Servicio Murciano de Salud), incluida en el ámbito de la correduría de seguros x., a la que la SEGO encargó el informe de siniestralidad. De otra parte, también se alude a que en el Hospital de La Princesa de Madrid coinciden trabajando el Presidente de la SEGO, el Dr. x. y el Dr. x. (coordinador del Servicio de Admisión y Archivo del Hospital), este último uno de los socios de --, S.L., de lo que infiere que la relación entre esta última mercantil y los dirigentes de la SEGO es muy fluida y continua. Concluye que el interés indirecto del Dr. x. deriva de la necesidad de desempeñar el papel de defensor de la especialidad, y de que ningún ginecólogo sea condenado. En cuanto a esta última institución, concluye que su interés indirecto deriva de la defensa de los ginecólogos frente a las reclamaciones de responsabilidad patrimonial.

Tramitado incidente de recusación, con suspensión temporal del procedimiento y traslado de las imputaciones a

los tachados, que comparecen presentado escritos en los que cuestionan las razones alegadas por la parte reclamante (folios 617 a 624), se dicta resolución por el Secretario General Técnico de la Consejería de Sanidad y Consumo, de 10 de octubre de 2008, considerando que no concurren las causas de recusación alegadas por las siguientes razones:

1ª) La SEGO ni el Dr. x. ostentan la condición de órgano decisor del procedimiento, requisito inexcusable para ser recusado en el procedimiento administrativo.

2ª) Las calificaciones sobre el dictamen pericial y las dudas sobre la imparcialidad del perito deben realizarse en las alegaciones presentadas al trámite de audiencia.

3ª) La alegación de que la SEGO y el Dr. x. tienen interés indirecto fundado en las afirmaciones extraídas de un estudio de siniestralidad elaborado por x. con la colaboración del Colegio Oficial de Médicos de Madrid carece de la más mínima relación de causalidad y denota un desconocimiento de los requisitos jurisprudenciales sobre las causas de recusación.

4ª) Considerar que existe una relación muy fluida entre --, S.L. y los dirigentes de la SEGO carece de trascendencia jurídica a los efectos recusatorios en el presente procedimiento, sin que en el Hospital de La Princesa exista la especialidad de ginecología y obstetricia, habiendo ido más allá de lo permisible en términos de defensa jurídica la fabulación de los recusantes.

5ª) La petición de dictamen por el órgano instructor a la SEGO está justificada por ser la máxima autoridad técnica en España en Ginecología y Obstetricia, que engloba a la mayoría de los especialistas (5.300 socios), cuya opinión puede ayudar a tomar la decisión del órgano competente.

6ª) El presidente de la SEGO ha realizado afirmaciones trascendentes en relación con la emisión de dictámenes periciales: *"Ya hemos hecho a los Colegios de Médicos una petición para que sean consecuentes en los criterios para nombrar peritos cuyo curriculum vitae debe ser seriamente valorado, al menos en el caso de nuestra especialidad (...) Deben cumplir con los requisitos de idoneidad, imparcialidad, objetividad, veracidad, prudencia y responsabilidad. Le incumbe extremar la prudencia, minuciosidad y el razonamiento científico en sus conclusiones. La SEGO empezará a denunciar al Comité ético a los que no cumplan con estas condiciones."*

DUODÉCIMO.- En relación con el trámite de audiencia otorgado por escrito de 13 de mayo de 2008, los reclamantes presentan nuevo escrito de alegaciones (folios 603 a 611) para evidenciar ciertas contradicciones en el informe y posterior contestación del Dr. x. sobre la aplicación de la ventosa, el resultado de la monitorización, la actuación médica correcta ante una situación de riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) y la etiología de las lesiones que presenta el menor.

A efectos de que el perito citado pudiera realizar las aclaraciones que estimara pertinentes, el órgano instructor le da traslado del escrito de alegaciones, siendo contestadas por escrito de 27 de enero de 2009 (folios 654 a 668), ratificándose en sus conclusiones.

DECIMOTERCERO.- La instructora acuerda solicitar informe complementario a la Inspección Médica para que valore los distintos dictámenes periciales incorporados al expediente, siendo evacuado el 23 de febrero de 2009, en el sentido de no considerar oportuno añadir nuevos comentarios al informe emitido anteriormente por la citada Inspección.

DECIMOCUARTO.- Tras un último trámite de audiencia, el reclamante presenta nuevo escrito de alegaciones (folios 677 a 681), en el que reitera sus argumentaciones y aporta diversos pronunciamientos judiciales con el fin de apoyar las mismas.

DECIMOQUINTO.- La propuesta de resolución, de 30 de octubre de 2009, considera, en primer lugar, que la acción de reclamación ejercitada el 7 de julio de 2004 habría prescrito, pues las secuelas del menor fueron definidas al alta del Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Arrixaca el 11 de abril de 2003 (hay un error material en la fecha de la propuesta elevada), en el que fue diagnosticado de la encefalopatía hipóxico-isquémica, que motiva la presente reclamación. El que la resolución del grado de minusvalía fuera de junio de 2004 (que no

es sino una declaración de carácter administrativo respecto a la situación del menor) y su carácter temporal (que puede conllevar un agravamiento) no contradice la calificación del presente daño como permanente, y la consideración de que la reclamación es extemporánea.

En segundo lugar, se analiza pormenorizadamente la asistencia sanitaria y la valoración de las distintas imputaciones realizadas por los reclamantes (folios 725 a 747), alcanzando la conclusión de que procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no resultar acreditados los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial. A mayor abundamiento, señala que los pronunciamientos judiciales citados por el letrado actuante versan sobre supuestos en los que las circunstancias no son coincidentes, teniendo en cuenta que la STS, Sala 3ª, de 27 de junio de 2008, hace referencia a un supuesto donde se advirtió aguas muy teñidas al romperse la bolsa, que difiere del presente caso, y la STS, Sala 3ª, de 2 de noviembre de 2007, en la que faltaba un tramo intermedio del registro perdido por la Administración, invirtiéndose la carga de la prueba.

DECIMOSEXTO.- El órgano instructor recaba información a la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad Autónoma sobre el estado del recurso contencioso administrativo (procedimiento ordinario núm. 264/2005), siendo contestado por el letrado actuante el 30 de noviembre de 2009, en el sentido de señalar que se encuentra pendiente del trámite de conclusiones.

DECIMOSÉPTIMO.- Con fecha 12 de diciembre de 2009 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

El Dictamen ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, según preceptúa el artículo 12.2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Legitimación.

Los reclamantes, en su condición de padres del menor que ha sufrido los daños, ostentan la condición de interesados para deducir la presente reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico

de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En cuanto a la legitimación pasiva, no suscita duda que la actuación a la que los reclamantes imputan el daño acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional, siendo competente para resolver el titular de la Consejería de Sanidad y Consumo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16. 2, o) de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

II. Plazo.

El artículo 142.5 LPAC dispone que "el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños a las personas, de carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas", y ello porque no puede entenderse como fecha inicial del cómputo, *dies a quo*, la de alta en la enfermedad cuando quedan secuelas, sino la de la determinación invalidante de éstas (STS de 26 de mayo de 1994).

Presentada la reclamación el 7 de julio de 2004 y habiéndose prestado la asistencia sanitaria a la que se imputan los daños el 8 de marzo de 2003 (fecha en la que nació el menor) ha de determinarse si aquella ha sido interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC señala para la prescripción del derecho a reclamar, puesto que la propuesta de resolución sostiene que la acción es extemporánea, al considerar que las secuelas del menor reclamadas fueron determinadas en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

La determinación de si la reclamación se formuló dentro de plazo exige establecer previamente el carácter de los daños alegados.

Como señalamos en el Dictamen 109/2010, la jurisprudencia ha distinguido entre daños permanentes y continuados (sentencias de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, de 12 de mayo de 1997, 26 de marzo de 1999, 29 de junio y 10 de octubre de 2002), según la cual, por daños permanentes debe entenderse aquellos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo, mientras que los continuados son aquellos que porque se producen día a día, de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad, es necesario dejar pasar un período de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias del hecho o del acto causante del mismo. Y por eso, para este tipo de daños el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos, o como señala la sentencia de 20 de febrero de 2001, en estos casos, para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial el *dies a quo* será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto (sentencias del mismo Tribunal y Sala, entre otras, de 5 de octubre de 2000 y 30 de junio de 2009).

En su aplicación al presente caso, la instructora sostiene que el daño reclamado (secuelas derivadas de la encefalopatía hipóxico-isquémica) se diagnosticó por el Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Arrixaca el 11 de abril de 2003 (por error se dice el 17), frente a la posición de la parte reclamante de que las secuelas fueron determinadas, de modo temporal, por la resolución del ISSORM de 22 de junio de 2004, sobre el grado de minusvalía, tratándose de un daño continuado.

Para la instructora no existe duda, en el presente caso, en la caracterización del daño como permanente, en tanto queda determinada la enfermedad con sus secuelas en el informe de alta hospitalaria ya citado, sin que altere dicho cómputo las actuaciones posteriores del ISSORM, tendentes a reconocer ayudas por las minusvalías detectadas con anterioridad al menor.

En relación con la determinación del alcance de las secuelas, y con las pruebas aportadas por los reclamantes, resulta que:

a) El informe clínico de alta del Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Arrixaca, de 11 de abril de 2003 (folios 253 y 254), contiene el diagnóstico de encefalopatía hipóxico isquémica de probable origen perinatal y síndrome de convulsiones neonatales secundarias. Se le pauta tratamiento y se le cita a revisión en consultas externas el 28 de mayo. Conviene destacar que en este momento el menor tiene poco más de un mes de vida.

b) Las revisiones posteriores se le realizan en consultas externas de neurología del Hospital precitado, donde van comprobando su evolución, constando una consulta externa el 4 de febrero de 2004 con 11 meses de edad.

c) El 17 de julio de 2003 (con 4 meses de edad), por sospecha de hipertensión intracraneal, es ingresado en el Hospital Virgen de la Arrixaca, donde en la exploración que se le realiza ya se contienen valoraciones concretas: "hipertonía de miembros superiores e inferiores con hipotonía de tronco y actitud de puño cerrado. No fijación de la mirada. No sostén cefálico. No colabora en el gasping."

d) En mayo de 2004, Astrapace (folios 149 a 150) realiza una valoración pormenorizada del menor destinada al pediatra y al ISSORM, en la que se concluye que *"el niño presenta un retraso psicomotor de tipo severo secundario a encefalopatía que en el momento actual se manifiesta como un cuadro de tetraplejia con distonía y respuestas sensoriales y sociales limitadas"*.

Si se acepta como *dies a quo* cualquiera de las fechas indicadas (salvo la relativa al apartado a) la acción no habría prescrito, con independencia de la consideración del daño como permanente, que no se cuestiona.

A este respecto, este Consejo Jurídico considera que el juicio diagnóstico que se proporciona a los padres del menor el 11 de abril de 2003 (con un mes de vida), si bien establece la enfermedad de base, sin embargo no determina ni el alcance de las secuelas, ni la minusvalía que padece el lactante, estableciendo tal valoración concreta el informe de Astrapace (mayo de 2004), lo que conduce, sin duda, a afirmar que la acción de reclamación presentada el 7 de julio de 2004 se habría ejercitado en plazo. Tampoco debe olvidarse el principio *pro actione*, al que se ha referido este Órgano Consultivo en otros Dictámenes (por todos, Dictamen 21/2008), que obliga a ser flexible en cuanto al rigor en la estimación de los defectos procesales o formales, sino también el reflejo del artículo 24 CE y la necesidad de evitar que se produzcan situaciones de desamparo.

Por tanto, la acción se ha ejercitado en plazo, rechazándose la prescripción propuesta.

III. Procedimiento e incidente de recusación de la SEGO y de su perito.

1. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver, de conformidad con lo previsto en el artículo 13.3 RRP.

Precisamente esa excesiva duración del procedimiento ha llevado a los interesados a considerar desestimada su reclamación por silencio administrativo, interponiendo el oportuno recurso contencioso-administrativo (procedimiento ordinario 264/05). Ello no afecta a la obligación que incumbe a la Administración de dictar resolución expresa conforme a lo establecido en los artículos 42.1 y 43.4 LPAC, si bien procede que, previamente y en todo caso antes de dictar la resolución que haya de poner fin al procedimiento, por la instrucción se averigüe el estado de tramitación del recurso contencioso, toda vez que la última actuación relativa al mismo que consta en el expediente data de 30 de noviembre de 2009.

2. En relación con el incidente de recusación de la SEGO y su perito, a instancia de la parte reclamante, este Consejo Jurídico considera ajustado el procedimiento seguido en la pieza separada de recusación, habiéndose dado traslado a las partes para la presentación de las alegaciones, siendo igualmente fundada la resolución desestimatoria de la recusación tanto de la SEGO como de su perito, de 10 de octubre de 2008 (folio 632 a 639), por las siguientes razones:

a) En el procedimiento administrativo no se establece el carácter tasado de los medios de prueba, de manera que los hechos relevantes para la decisión de un procedimiento podrán acreditarse por cualquier medio de prueba admisible en derecho y, por tanto, los previstos en el Código Civil y en la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, que ha derogado los artículos 1.214, 1.215, 1.126 y 1.231 a 1.253 de aquél. En lo no previsto por los artículos 80 y 81 LPAC habrá de estarse a las reglas establecidas en las normas citadas, adaptadas a las peculiaridades del procedimiento administrativo, recordando el carácter supletorio de los preceptos de la LEC, en relación con el proceso contencioso-administrativo.

b) La Administración sanitaria ha hecho uso de la prueba del dictamen de peritos, posibilidad prevista en el artículo 335 LEC, que establece que cuando sean necesarios conocimientos científicos o técnicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en un asunto, las partes podrán aportar el dictamen de peritos que posean los

conocimientos correspondientes, habiendo considerado su conveniencia en este caso, por afectar el objeto de la reclamación a la atención prestada durante el parto, solicitando la designación de un perito a la SEGO (hoy la **Federación de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de las Comunidades Autónomas de España**), en su condición de sociedad científica a la que se le ha reconocido su prestigio en la especialidad que le es propia, teniendo en cuenta que tiene entre sus fines la elaboración de dictámenes sobre aspectos profesionales, científicos y deontológicos que afecten a la especialidad.

c) La parte reclamante pone en entredicho la objetividad de la SEGO y de su perito en la elaboración del presente dictamen, pero cabría extender el mismo razonamiento respecto al perito designado por su parte, quien, por cierto, también exhibe como mérito en su *curriculum* el de ser miembro de la SEGO. En este sentido, la recusación no resulta congruente con las actuaciones precedentes de los reclamantes, si se tiene en cuenta que tras la emisión del informe por el Dr. x., perito designado por la SEGO, se otorgó un trámite de audiencia a los reclamantes, que formularon alegaciones frente a determinadas afirmaciones de la pericial, pero sin recusar al citado perito. Sólo cuando éste amplía sus razonamientos frente a tales alegaciones, a petición del órgano instructor, es entonces cuando se suscita la recusación por los reclamantes y no antes.

d) Los motivos esgrimidos para la recusación, "interés indirecto", en el presente caso han sido refutados motivadamente por la Resolución del Secretario General de la Consejería consultante de 30 de noviembre de 2009, teniendo en cuenta, como destaca el órgano instructor, que las causas de abstención y recusación previstas en los artículos 28 y 29 LPAC son aplicables a las autoridades y al personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la resolución del procedimiento, lo que no concurre en la persona y entidad objeto de recusación.

e) Corresponde, en todo caso, al órgano competente para la resolución la valoración de la prueba aportada por las partes, a propuesta del órgano instructor y previo Dictamen de este Órgano Consultivo. Para la valoración de las pruebas periciales, conforme establece la STS, Sala 3ª, de 2 de abril de 1998, ha de atenderse, en primer lugar, a la fuerza convincente de los razonamientos que contienen los dictámenes, pues lo esencial no son sus conclusiones, sino la línea argumental que a ellas conduce, dado que la fundamentación es la que proporciona la fuerza convincente del informe. De otra parte, habrá de tenerse en cuenta la necesaria armonía de las conclusiones obtenidas en los informes periciales con el resto de elementos probatorios, cuales pueden ser las pruebas documentales.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria.

De los artículos 139.1 y 141.1 LPAC se desprende que, para que exista responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, es necesario acreditar daños que, causados por el funcionamiento de los servicios públicos, el particular no tenga el deber jurídico de soportar, habiendo precisado la jurisprudencia que, en materia sanitaria, la indicada relación de causalidad y antijuridicidad del daño se producen cuando se acredita que la actuación médica pública infringió la "*lex artis ad hoc*", pues lo contrario supondría convertir a la Administración en una aseguradora universal de los riesgos y daños que puedan acontecer, señaladamente los inevitables para la salud, bien por naturaleza, bien por no poder ser remediados en el estado actual de la ciencia y la técnica sanitarias; finalidad ésta de aseguramiento a todo riesgo que no contempla la institución de la responsabilidad patrimonial administrativa tal y como viene configurada por el artículo 106.2 de la Constitución, la LPAC y el resto del ordenamiento jurídico. Y es que, como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados (por todos, nuestro Dictamen núm. 56/2005).

Por ello, cuando la imputación de tal responsabilidad se basa en que la actuación de los facultativos que atendieron al paciente no se ajustó a *normopraxis*, el criterio que ha de utilizarse para determinar la existencia o no de tal responsabilidad es, como ha quedado dicho, el de si la actuación de aquéllos se ajustó o no a la llamada *lex artis* de la profesión médica, aplicada a las circunstancias concretas del caso, es decir, a los síntomas y evolución clínica del paciente. Como puede advertirse, la determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a la *lex artis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la Medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para

valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para el reclamante, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso Administrativo de 1 de marzo de 1999-. Para la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis objetivo e imparcial de las actuaciones efectuadas por los facultativos de la Sanidad Pública, lo que le otorga un especial valor a efectos de prueba. En el presente caso, por la especialidad en la asistencia sanitaria, el órgano instructor dispone también del dictamen de un especialista designado por la SEGO.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial. Cuantía indemnizatoria reclamada.

La extensión y abundancia de opiniones en el expediente exigen una sistematización de las valoraciones de los informes periciales, centrándolas en torno en las imputaciones formuladas por la parte reclamante, que sostiene que la asfixia neonatal severa del menor podría haberse evitado si se hubiera realizado un adecuado control sanitario sobre el parto, consistente en las siguientes actuaciones:

1. Los reclamantes manifiestan que cuando la paciente llegó al Hospital de Los Arcos hacia las 0:30 horas del día 8 de marzo de 2003 se le debía haber realizado una monitorización, máxime cuando la efectuada en la tarde anterior no era totalmente tranquilizadora.

Esta primera aseveración de la parte reclamante encierra ciertos equívocos, como pone de manifiesto la historia médica e incluso su perito, pues no es cierto que la monitorización que se realizó a la paciente en la tarde del día 7 no fuera totalmente tranquilizadora, ni que la actuación sanitaria pudiera tacharse de incompleta cuando llega al Hospital a media noche.

El resultado de normalidad en la exploración es citado por el Dr. x. (folio 162), quien atendió a la paciente, destacando el error de los reclamantes en la valoración del registro, que era reactivo y no regular como interpretan ellos; dicha normalidad también es apreciada por la Inspección Médica (folio 403), y por el perito de la parte reclamante, Dr. x., quien expresa el siguiente parecer (folio 513):

"X., de 22 años, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos de Murcia el día 7 de marzo de 2003, a las 15,19 horas, por presentar molestias desde la noche anterior. La paciente refiere contracciones cada 20 minutos. Según consta en la hoja de atención médica se trataba de un primer embarazo, con una fecha de última menstruación correspondiente al 6/VI/02, por lo que se encontraba en la semana 39 más un día de gestación. Se le hizo una exploración física: cuello muy posterior, cerrado, cabeza sobre estrecho superior. Se hizo un registro cardiotocográfico con resultado normal. Con el juicio diagnóstico de "pródromos de parto" con indicación de volver si la situación cambiase".

Por tanto, la afirmación de que la monitorización realizada en la tarde del día 7 no era tranquilizadora se contradice con la valoración del propio perito de la parte reclamante, encontrándose la paciente en aquel momento en la fase prodrómica del parto (puede durar desde unas horas a varios días), que permitía el alta hospitalaria, si bien con la recomendación de volver si se producía la rotura de bolsa de aguas, sangrado genital o contracciones regulares, como se escribe en la historia clínica (folios 10 y 162).

Cuando la paciente acude esa misma noche (a las 0,30 horas ya del día 8), lo hace por contracciones cada 6 o 7 minutos, sin rotura de aguas ni manchado genital.

Es atendida por el mismo facultativo, Dr. x., que le realiza una exploración ginecológica, que es descrita de la siguiente forma por el perito de la parte reclamante (folios 513 a 514):

"El día 8 de marzo de 2003, a las 0,30 horas, la paciente acude nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Los Arcos por presentar contracciones cada 6 o 7 minutos. En la exploración inicial que se le realiza consta una

tensión arterial de 145/95, temperatura 36,1, pulso 94 lpm. No constan en la historia clínica antecedentes personales o familiares de interés (...) Se realiza una exploración física:

- fondo uterino a término.
- dinámica uterina: sí.
- dorso fetal derecho, presentación cefálica, sobre estrecho superior.
- todos fetales: 140, estimación del tamaño del feto: medio.
- cuello de 1-2 cm., dilatación dedo, duro".

Concluye el Dr. x., en relación con la atención sanitaria prestada a la paciente cuando ingresa en el Hospital descrita anteriormente, que fue completa y correcta (folio 520).

Por lo tanto, puede afirmarse que no se ha probado esta primera imputación de los reclamantes.

2. La segunda imputación hace referencia a que la paciente fue ingresada en una habitación normal y abandonada hasta las 9 horas de la mañana siguiente, que fue trasladada a la sala de dilatación, y que ni tan siquiera se le tomó la tensión a pesar de tenerla elevada (145/95) a su ingreso, ni se le administró profilaxis antibiótica por haber dado positivo en el cultivo rectal de estreptococo agallactiae.

Sin embargo, en opinión de este Órgano Consultivo, tampoco se ha acreditado en el presente caso el abandono de la gestante, si se tiene en cuenta que acude por la noche al Hospital a las 0:30 (día 8), cuando se le practica una valoración que se define como completa por el perito de la parte reclamante, siendo ingresada posteriormente (a la 1 de la madrugada, aproximadamente) en una habitación de la primera planta (obstetricia), próxima al control de enfermería, procediéndose a su rasurado y enemado en la misma habitación, con la recomendación de "avisar si hay dinámica", para poder ser trasladada a la sala de dilatación y parto cuando su situación obstétrica lo indicara. La situación de la paciente durante este periodo es definida "de latencia de parto", según el protocolo de la SEGO (dilatación inferior a 3-4 cms. y menos de 2-3 contracciones en 10 minutos), que establece que el periodo de latencia normal en una nulípara ha de ser inferior a 20 horas (protocolo núm. 3), que fue cumplido en el presente caso, puesto que la gestante a las 9 horas se encontraba ya en la sala de dilatación en fase activa (8 horas y media después de su ingreso).

No consta en la historia clínica que la paciente avisara durante la noche (lo que denotaría que transcurrió con cierta normalidad), pero se infiere de determinados datos que el personal encargado tuvo contacto con ella durante aquel periodo, pues la matrona entrante dejó constancia en el historial que rompió aguas a las 6 de la mañana y que el líquido amniótico era claro. Lo cierto es que a las 9 de la mañana ya se encontraba la gestante en la sala de dilatación con monitorización, lo que presuponía, de acuerdo con el testimonio de las matronas transcrito por la Inspección Médica en su informe (folio 398), que previamente se le había examinado, pues no se traslada a la parturienta a la sala de dilatación sin previo examen. La hoja del partograma la abre la matrona saliente, teniendo puesto el registro a las 8,58 horas. La matrona entrante, x., que se incorporó a su turno a las 9 horas, canaliza la vía de infusión y cursa preoperatorio.

Esta circunstancia es corroborada por el ginecólogo que la había atendido cuando ingresa por la noche (Dr. x), quien destaca que antes del cambio de turno ya se encuentra la paciente en la sala de dilatación, iniciándose el periodo activo de parto (así se anota en la hoja de control tocológico, folio 15), transmitiéndole la información al ginecólogo entrante Dr. x.

A la vista de lo relatado, este Consejo Jurídico considera que no se acredita un abandono de la paciente aquella noche, que se encuentra en el periodo de latencia de parto, estando a las 9 de la mañana en la sala de dilatación en fase activa de parto. El hecho de que no se tenga constancia en la historia clínica de que se le tomara aquella noche la tensión a la paciente, que la tenía algo elevada a su ingreso, no permite imputar *per se* el daño alegado por los reclamantes al funcionamiento del servicio público, como refiere la propuesta de resolución, ni tampoco por no haber recibido la gestante la profilaxis antibiótica tras un cultivo rectal positivo (el cultivo vaginal fue negativo,

según el folio 31), según cuestiona el perito de la parte.

Un aspecto importante a destacar, puesto que existen ciertas contradicciones en los informes médicos, que conduce también a error a los reclamantes, es el dato que consta anotado en la historia clínica de que la rotura de la bolsa fue espontánea, a las 6 horas, y que el líquido era claro, como detalla la propuesta de resolución: *"en toda la historia clínica del Hospital Los Arcos se habla de que el líquido amniótico era claro. Así en el informe de alta del servicio de pediatría (f. 40) entre los antecedentes personales se habla de "L.A. claro", aunque se especifica que el niño expulsó meconio intraútero. Este último dato es lo que ha podido llevar a confusión a los reclamantes y el hecho de que posteriormente en el Hospital Virgen de la Arrixaca, en el informe de UCI (f. 35) se anote erróneamente que el líquido era teñido, pues también cuando se realiza la exploración física y anamnesis (f. 87) en el Hospital Virgen de la Arrixaca también se anota que el L.A. era claro"*.

Este último dato (líquido amniótico claro) revela ausencia de sufrimiento fetal previo (folio 164).

3. La siguiente imputación de los reclamantes hace referencia a que a las 9 horas del día 8 se adoptó una decisión ilegítima por imprudente, al estimular el parto (se le administró oxitocina) sin conocer el grado de bienestar fetal, asumiendo un riesgo desproporcionado, pues el aumento de las contracciones uterinas puede incrementar el sufrimiento del feto; máxime cuando ya se conocía que se había iniciado la expulsión de líquido teñido, lo que es un síntoma de pérdida de bienestar fetal. Todo ello sin informar a los padres de lo que estaba sucediendo.

Sin embargo, ya se ha indicado anteriormente que el líquido amniótico era claro, por lo que no está acreditado que en ese momento existiera ya un síntoma de pérdida de bienestar fetal, como afirma la parte reclamante. De hecho, su perito sostiene, aunque para cuestionar la administración de oxitocina, que el parto evolucionaba bien (folio 521).

Ya en la sala de dilatación, las primeras actuaciones de la matrona de guardia respecto a la paciente son resumidas por el Dr. x: *"según Protocolo del Parto Eutócico de nuestro servicio de Matronas se procede por la matrona a la monitorización biofísica, extracción de sangre para analítica de control, instauración de venoclisis y administración de oxitocina en perfusión iv mediante bomba, 5 UI de Syntocinon en 500 ml de suero glucosado como así figura en el Partograma y hoja de reconocimientos en el curso del parto"*.

Con respecto a la administración de oxitocina por parte de la matrona, el perito de la parte reclamante sostiene que no consta en la documentación aportada la indicación de por qué se le administró a la paciente (puesto que el parto evolucionaba bien), ni que aquella fuera ordenado por el médico responsable. Incluso sostiene la hipótesis de que pudo producirse una hipertensión provocada por su administración y que la hipertensión mantenida provoca una disminución del flujo sanguíneo placentero, lo que acaba provocando una situación de hipoxia fetal.

A este respecto, según el Protocolo núm. 3 de la SEGO, la administración de oxitocina se realiza *"de acuerdo con el buen juicio clínico cuando se considere necesaria para la obtención de la dinámica uterina adecuada al momento del parto"*. En su aplicación al presente caso, el ginecólogo que tiene a su cargo a la paciente expresa: *"según el registro del monitor la dinámica no es la apropiada en ese momento. Por otra parte la dosificación de oxitocina corrige disdinamias e incoordinaciones de la dinámica lo que hace que ésta sea más efectiva. Por lo tanto de ningún modo ajustado a la Sanidad más elemental se puede afirmar, ni tan siquiera deducir, como en aparente lógica y sin fundamento alguno, realiza el letrado promotor del presente expediente al alegar que "porque se estimuló el parto (o sea se administró oxitocina) el parto no progresaba adecuadamente"*.

De otra parte, la administración de oxitocina por las matronas se recoge en el Protocolo del Parto Eutócico del Servicio de Matronas del Hospital Los Arcos, según reconoce el perito de la parte reclamante, aunque, según se expresa en el Informe de Inspección Médica, fue el ginecólogo quien verbalmente dio la orden de administrar dicho fármaco.

Sobre sus efectos de hipoxia fetal en el presente caso, según sostiene el Dr. x. en términos de probabilidad *"puede apreciarse la diferencia con la presión uterina marcada a partir de ese momento. Este hecho reflejado en el registro cardiotocográfico pudo ser una hipertensión provocada por la administración de oxitocina"*, no puede ser admitida sin más por este Consejo Jurídico como causa eficiente del daño alegado, puesto que la hipótesis planteada ha sido refutada motivadamente por el perito de la SEGO (folios 660 y 661), como refleja la propuesta de resolución, sin que tampoco la Inspección Médica advierta en su administración un infracción de la *lex artis*.

Lo anterior nos permite conectar con la siguiente imputación, sobre la interpretación del registro cardiotocográfico y cuándo debió avisarse al ginecólogo por parte de la matrona.

4. Señalan los reclamantes que al inicio de la monitorización se reflejó la presencia de una bradicardia y que la matrona no debió esperar a las 9,50 horas para avisar al ginecólogo.

En la interpretación del registro se encuentran las posturas más divergentes entre los peritos de la parte reclamante y de la SEGO, como bien refleja la propuesta de resolución, que da mayor credibilidad a la valoración del designado por esta última sociedad, que concluye que hasta las 9,55 no aparecen los signos predictivos de hipoxia fetal o de grave compromiso para el feto que aconsejaran un parto inmediato (folio 658). En tal sentido consta en el expediente que la matrona avisó a las 9,50 horas al ginecólogo por registrarse bradicardias en la monitorización y que previamente aquélla había explorado a la paciente (9,30 horas), que demostró progreso de la dilatación (6 cm.) y presentación cefálica. A las 10 horas eran 9 cms., que denotaría en opinión de la Inspectora Médica, un avance adecuado.

Necesitando este Órgano Consultivo conocimientos científicos para determinar si hubo un error en la interpretación del registro cardiotocográfico por parte de la matrona (se descarta descuido a la vista del examen que le hizo a la gestante a las 9,30 h.), y si debía haber avisado con anterioridad al ginecólogo, nuestra opinión ha de basarse en la valoración del registro realizada por la Inspección Médica, cuyas manifestaciones merecen a la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia (sentencia de 9 de octubre de 2009) "consideración y respeto" con independencia de la valoración final que pueda realizarse en el caso concreto, teniendo en cuenta su labor investigadora y el examen de las actuaciones en el presente caso, en contraste con los protocolos de la SEGO.

Si bien los reclamantes sostienen que el monitor que existe a partir de las 8,58 horas comenzó a presentar claros síntomas de pérdida de bienestar fetal (folio 480 bis) a las 9,05 horas (aunque su perito afirma que el parto evolucionada bien en el folio 521), este Consejo Jurídico, a la vista de las fundadas opiniones contrarias a tal interpretación sostenida por el perito de la parte reclamante (folios 404, 662 y 663), considera que a la hora indicada no se encuentran probados tales síntomas, pues se produce sin coincidir, ni durante ni después, con contracción alguna, pudiendo ser interpretada como postural, como señala la Inspectora Médica, siguiendo el Protocolo nº 9 de la SEGO:

"En la interpretación del registro considerarnos que es un registro con variables, alguna con leve decalaje. Las contracciones que se reflejan no demuestran 100% que son de parto puesto que son prácticamente insignificantes (lo sabemos por otros datos). Hay una bradicardia que no se corresponde con una contracción y en general, con este registro no podemos demostrar que un feto esté en situación grave, podrá ser un registro con resultados de fetos normales o con vueltas de cordón o procidencias de algún miembro". Apoya tal interpretación en los patrones cardiotocográficos de pérdida de bienestar fetal, según los criterios protocolos de la SEGO, que define en el folio 404.

No obstante lo anterior, con respecto al resultado de la monitorización el perito de la SEGO señala lo siguiente (folio 663):

"en el registro de este parto el comportamiento de la FCE es normal, sin deceleraciones y con una buena variabilidad (éste persistió hasta el final del registro) hasta las 9,33 horas, momento en el que aparece el primer DIP II. Se han producido 2 DIPs tipo II hasta las 9,40 horas, por lo que hubiera sido conveniente conocer el estado del medio interno fetal en términos de pH".

Cabe preguntarse si al no practicarse en el presente caso la prueba diagnóstica referida se puede colegir de ello una infracción de la *lex artis*, como sostiene la parte reclamante, a la vista de lo afirmado por el perito de la SEGO de que hubiera sido conveniente realizar la prueba pH fetal a las 9:40 h.

Sin embargo, con independencia que se admita como infracción de la *lex artis* la no práctica de la citada prueba diagnóstica sobre el estado fetal a la hora indicada, se coincide con la propuesta de resolución que si el tiempo necesario para la obtención de dicha prueba diagnóstica coincide con el momento en el que se detectan las bradicardias en el registro (a las 9,50 horas), la actuación exigida, en todo caso, era la extracción del niño por la vía más rápida, que el ginecólogo considera que es la que aplicó, según se detalla en el apartado siguiente. En tal sentido afirma la instructora:

"Es cierto que el Dr. x. (perito de la SEGO) indica que a las 9:40 h. hubiera sido conveniente realizar el pH, pero el protocolo n° 9 de la SEGO habla de indicaciones para realizar una microloma "siempre que sea técnicamente posible". El Dr. x. comenta a este respecto los inconvenientes que suponían realizar esta prueba, por el tiempo que conllevaba, dado que era necesario realizar más de una toma, por tener una tasa del 6% de falsos positivos, y se precisaba llamar al personal del laboratorio que se encontraba en otra planta. Por tanto, y aún en el caso de que a las 9:40 h. se hubiera realizado la prueba de pH, y esta hubiera determinado el sufrimiento fetal, nos encontraríamos en la misma situación, serían las 9:50 o más, y ante la necesidad de extraer el feto por la vía más rápida cuando se produce la bradicardia (a las 9,50), que es lo que hace el Dr. x. Por tanto, aunque se admitiera la posibilidad de un incumplimiento de la lex artis por parte de la señora x., al no avisar al ginecólogo para realizar la prueba de pH, dicho incumplimiento no sería el causante del daño que sufre el niño".

5. La siguiente imputación se formula frente al ginecólogo, que los reclamantes consideran que no actuó adecuadamente, pues debería haber realizado previamente un pH en cuello cabelludo fetal para la comprobación del estado fetal y, en función del resultado, decidir si era viable la vacuoextracción o una extracción inmediata mediante cesárea, que hubiera permitido extraer al niño en un máximo de 10 minutos. Se sostiene por la parte reclamante que las infraestructuras del Hospital (el quirófano se encuentra en otra planta) influyeron en la forma de manejar el parto (folio 524). De otra parte, señala que no se daban los requisitos para aplicar la ventosa, pues el feto se encontraba en el plano II de Hodge a las 10 horas.

Se ha acreditado en el expediente que el ginecólogo, tras ser avisado por la matrona, quien también realiza en dilatación un tacto vaginal a la paciente para comprobar la dilatación cervical y altura de presentación según escribe a las 10 horas, comprueba cuando explora a la paciente en paritorios y con pujo que presenta dilatación completa, posición OIIT y cabeza en III-IV plano, según el partograma, por lo que se cumplían los requisitos del protocolo para aplicar la ventosa obstétrica. Así, el Dr. x., manifiesta que una vez requerida su presencia por la matrona, e informado por ésta, traslada a la paciente a paritorio para evaluar sobre la mesa de partos con los pujos el descenso de la presentación. Una vez comprobado que el parto era inminente, desechó la opción de la cesárea, por entender que el parto vaginal instrumentado mediante ventosa era la vía más rápida para la extracción del niño, explicando en su informe las razones que le llevan a tomar dicha decisión (folio 168). El niño nació a las 10:25 h. por lo que el nacimiento se produjo dentro de los límites temporales previstos por la SEGO en el caso de que se hubiera decidido por una cesárea urgente.

Sobre lo señalado por los reclamantes de que debía haberse realizado antes de aplicar la ventosa un pH fetal para conocer el estado del *nasciturus*, el ginecólogo detalla que en las condiciones obstétricas que presentaba la paciente no estaba indicado, pues lo que procedía, una vez avisado por la bradicardia detectada en el registro a las 9,50 horas, era extraer al niño por la vía más rápida, que considera que es la elegida (en el folio 169 se recoge que esta prueba estaba contraindicada con el empleo ulterior de la ventosa). Sobre la afirmación de la parte reclamante de que era imposible realizarle una cesárea por encontrarse la sala de quirófano en otra parte, queda clara su ubicación por la inspección ocular de la Inspección Médica: "visita de inspección al Servicio de Ginecología que está situado en el primer piso del Hospital, comprobamos que el quirófano se encuentra situado después de atravesar el descansillo que da acceso al Servicio".

De otra parte, los reclamantes sostienen que el daño se le produjo al menor durante la asistencia al parto, si bien en la sucinta valoración realizada por el Dr. x. de la Sección de Neuropediatría afirma que *"no es correcta ni exacta la afirmación de que el daño se le causó en el momento de la asistencia al parto...ya que no existen otras anomalías perinatales que pudieran justificar otra etiología del daño"*. En relación con el origen del daño, un dato destacado por el pediatra que lo atendió en el Hospital Los Arcos, destacado por la Inspección Médica, es que "el aspecto sonrosado del niño después de la reanimación indica que se mantenía con buena oxigenación" (folios 40 y 405). En este sentido, el ginecólogo que la atendió destaca en su informe, según lo escrito en el partograma por el pediatra que reanimó al niño, que a los 10 minutos tenía un Apgar normal de 8, razón por la que informó de resultado satisfactorio.

En suma, extrayendo las conclusiones de la Inspección Médica:

"No se detectaron factores de riesgo anteparto, no se detecta falta de atención ni abandono de la paciente durante el ingreso, durante el parto las decisiones clínicas se fundamentaron, la instrumentación utilizada era usual en el Servicio, no se detectó impericia o creación de riesgo durante su manipulación. La reanimación postparto fue

inmediata, el pediatra estaba presente en el nacimiento y se ofreció atención continuada hasta su traslado a otro centro. El resultado desfavorable expuesto no cabe achacarlo a una incorrecta actuación de los profesionales actuantes".

En relación con las sentencias citadas por la parte reclamante, además de las diferencias destacadas por la instructora en la propuesta de resolución con respecto al presente supuesto, cabe señalar que igualmente el Tribunal Supremo ha desestimado también otras tantas reclamaciones que versan sobre supuestos análogos, al no advertir el nexo causal con la *praxis* médica con ocasión del alumbramiento. Así, en la STS, Sala 3ª, de 15 de diciembre de 2008, se considera que "la inexistencia de causas anteriores al nacimiento no conlleva automáticamente, de forma ineludible, la atribución del mal a una infracción de la *lex artis* durante el parto o el tratamiento subsiguiente". Tampoco las sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, de 7 de marzo de 2008, de 9 de octubre y de 20 de noviembre de 2009, consideran en los supuestos analizados una actuación médica contraria a la *lex artis*.

En el mismo sentido desestimatorio expresado, los Dictámenes 149/08 y 178/09 de este Órgano Consultivo.

Por último, la cuantía reclamada por los interesados no se adecua al criterio judicial ante minusvalías similares (Dictamen 164/2008 de este Consejo Jurídico), puesto que el Tribunal Supremo es partidario de conceder sólo una indemnización global, sin añadir una pensión vitalicia. Para estos casos suele fijar la indemnización en 600.000 euros por todos los conceptos (SSTS, Sala 3ª, de 27 de junio de 2008 y de 15 de marzo de 2007).

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial en materia sanitaria, por no concurrir los requisitos que determinan su existencia (Consideración Cuarta), sin perjuicio de las observaciones realizadas sobre la temporaneidad de la acción y la cuantía indemnizatoria reclamada.

SEGUNDA.- Por el tiempo transcurrido, antes de adoptar la correspondiente resolución, habrá de coordinarse la Consejería consultante con el centro directivo competente para conocer el trámite en el que se encuentra el recurso contencioso administrativo citado en la Consideración Segunda.

No obstante, V.E. resolverá.