



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 6 9 / 2 0 1 1

(Sección 1ª)

La Laguna, a 21 de octubre de 2011.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por R.G.L., en nombre y representación de L.M.L.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 538/2011 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de fecha 25 de agosto de 2011, con entrada en este Consejo el 24 de septiembre, la Consejera de Sanidad de la Administración autonómica interesa preceptivamente Dictamen, por el procedimiento ordinario, sobre Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial al presentar L.M.L.G. reclamación de indemnización por daños ocasionados en la asistencia sanitaria recibida del Servicio Canario de la Salud (SCS) durante el parto y parto de su hijo, que finalmente falleció; hecho lesivo por el que solicita una indemnización de 132.843 €.

La solicitud de dictamen se cursa al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

2. Es la tercera vez que una Propuesta resolutoria en este asunto se somete a la consideración de este Organismo. En las dos anteriores se emitieron sendos

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

Dictámenes de forma que consideraron procedente retrotraer las actuaciones para reajustar la fase instructora del procedimiento con la producción de trámites estimados procedentes, empezando por diversa información complementaria estimada necesaria para efectuar el pronunciamiento del Consejo Consultivo previsto en el art. 12.2 RPAPRP y, además, para asumir la adecuada formulación de la Resolución; máxime cuando se propone desestimar la reclamación.

Y es que la disponible, en cada caso, por este Organismo se mostraba insuficiente o planteaba dudas sobre los hechos producidos y, en especial, la causa del fallecimiento del niño, incidiendo en la secuencia de actuaciones o vicisitudes acontecidas durante el proceso de asistencia sanitaria a la reclamante que culminó con tal desenlace.

II

Consecuentemente, habiendo además transcurrido mucho tiempo desde el inicio, no ya evidentemente del procedimiento administrativo, que se resolverá largamente vencido el plazo resolutorio, circunstancia por cierto existente desde que se solicitó Dictamen por primera vez, sino de la propia acción consultiva por los motivos antedichos, los apartados iniciales del presente Fundamento son reproducción, puesta al día pertinentemente, de lo que, sobre los hechos que traen causa y los requisitos y trámites procedimentales, se recogían en los Dictámenes, antes aludidos, 447/2008 y 12/2010.

1. La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para ello, al ser la que presuntamente sufrió el daño por el que se reclama [arts. 31.1.a) y 142.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC], actuando mediante representación bastante otorgada al efecto (art. 32.1 LRJAP-PAC), según se acredita en las actuaciones, dentro del preceptivo plazo de un año que dispone el art. 4.2.segundo párrafo, RPAPRP, en relación con el art. 142.5 LRJAP-PAC, pues, si el fallecimiento del recién nacido ocurrió el 24 de febrero de 2005 la reclamación tuvo entrada en el Registro general de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud el 22 de febrero de 2006; es decir, en plazo.

La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP. En tal escrito, de conformidad con el art. 6.1 RPAPRP, la afectada solicitó el recibimiento a prueba del procedimiento incoado, particularmente documental y testifical.

En las actuaciones consta la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP). Particularmente, el preceptivo informe del Servicio involucrado en la secuencia de hechos, que es, fundamentalmente, el de Ginecología y Obstetricia (art. 10.1 RPAPRP). También consta la verificación de los trámites: probatorio (art. 9 RPAPRP), con testifical evacuada en las personas del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia y del esposo de la paciente; de audiencia de la parte, por dos veces, en el que ésta se ratificó en su pretensión indemnizatoria (art. 11 RPAPRP), trámite que también se concedió inicialmente, de forma indebida, al Consorcio Sanitario de Tenerife; e informe del Servicio Jurídico del Gobierno, de conformidad con el art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero, que no se emitió en relación con la nueva Propuesta de Resolución, toda vez que la misma no modificó los hechos o la valoración jurídica de los mismos.

Extremo este último que se reproduce en el momento procedimental del que se trataba, coherentemente. Por lo demás, la referida realización de los actos de instrucción no supone que ésta se hubiese hecho adecuada o suficientemente, siendo necesario, como se dijo, su complementación.

2. El análisis de la adecuación de la Propuesta de Resolución al Ordenamiento jurídico exige efectuar el relato de los hechos.

La paciente, con un embarazo de alto riesgo y con problemas de diabetes gestacional, pasó controles periódicos en el Servicio de Endocrinología los días 28 de julio, 4 de agosto, 1 y 15 de septiembre, 6 y 20 de octubre, 3 de noviembre, 1, 15 y 29 de diciembre de 2004, y 12 de enero de 2005. El 21 de febrero de 2005, encontrándose la misma en la 40ª semana de gestación -es decir, a término de la misma- acudió al Departamento de Fisiopatología Fetal del Hospital Universitario de Canarias (HUC) con cita previa con su ginecóloga para revisión y práctica de pruebas (ecografía y amnioscopia) en el paritorio del citado Hospital. Dado que sus niveles de glucemia eran "bastantes inferiores a los normales que la misma presentaba", fue enviada al Servicio de Consultas Externas de Endocrinología, para que revisasen las tomas de insulina; en dicha consulta se le cambian las mismas.

El 23 de febrero de 2005, a las 9:30 horas, la paciente ingresa de urgencia en el Hospital para finalizar su "proceso gestacional calificado como de alto riesgo", al cumplirse la 40ª semana de gestación. Desde su ingreso en el Departamento de

Obstetricia y Ginecología y en la Unidad de Ecografía y Diagnóstico Prenatal, "se observa que la paciente presenta un insatisfactorio control glucémico".

El mismo día se procede a la "preinducción al parto, aplicándole prostaglandinas". Por antecedentes de hipertensión y diabetes se le induce el parto, presentando "cuello uterino blando", aplicándosele Eritromicina 500 mg, antibiótico que "se utiliza para el tratamiento de infecciones provocadas por bacterias sensibles a este antibiótico".

El 24 de febrero de 2005, alrededor de las 2:00 horas, la paciente comienza a "quejarse de estar sufriendo fuertes y seguidas contracciones"; la monitorizan a las 4.30 horas, y se le administra un calmante.

A las 12:30 horas, es llevada al paritorio, "donde le practican la rotura de la bolsa amniótica, con resultado de "Líquido amniótico: Claro". Tras ello, se la somete "a varias exploraciones durante las 19 horas siguientes a la rotura de la bolsa".

El 24 de febrero de 2005, entre las 16:30 y 17:00 horas, el niño fallece, según el Hospital debido a "rotura prolongada de membranas, síndrome de distress respiratorio (probable neumonía), acidosis láctica".

Del informe forense del Instituto de Medicina Legal (Servicio de Patología Forense), de 19 de noviembre de 2005, se desprende que el feto, de 40 semanas de gestación, presentaba encéfalo indicativo de "posible encefalopatía anóxica"; en los pulmones se aprecia "aspiración masiva de líquido amniótico secundario a sufrimiento fetal, edema y hemorragia", así como, en sangre, se obtiene una cepa de "pseudomona aeruginosa" que causa "infecciones graves en el ámbito hospitalario" y que en los recién nacidos "puede afectar a los aparatos respiratorio, urinario, digestivo y circulatorio", destacando "sobre todo las infecciones respiratorias". La conclusión es que el feto falleció, como causa inmediata, por "anoxia intraparto", y, como causa fundamental, "sufrimiento fetal agudo".

3. La reclamación se funda en las siguientes consideraciones: no haber previsto, al menos como posible, la práctica de cesárea, habida cuenta de que se trataba de una gestación de alto riesgo; no practicar la cesárea desde la rotura de la bolsa; haber permanecido la parturienta diecinueve horas con la bolsa rota hasta dar a luz; sufrimiento fetal agudo como consecuencia de lo anterior; (y) "fallecimiento del bebé por muerte violenta tras complicaciones derivadas de seguimiento fetal".

Del informe del Servicio de Inspección, de 14 de julio de 2006, resulta que: la paciente ingresa el 24 de febrero por "distres respiratorio"; se decide el

internamiento al término de la gestación por el "insatisfactorio control glucémico"; el feto nació "hipotónico, sin esfuerzo respiratorio (...) por lo que se da oxígeno con presión positiva"; tras reanimación en el paritorio, "recupera parcialmente su función respiratoria" y se le entuba; y que en las horas sucesivas, aumentó la "dificultad respiratoria" hasta acabar en "asfixia neonatal", resultando a la postre progresión de la acidosis láctica y fallo de miocardio, falleciendo el mismo día 24 de febrero.

Este informe concluye que el control diabético de la paciente fue correcto, sin que las puntuales descompensaciones de la glucemia implicaran en algún momento "compromiso metabólico", por lo que la expresión del informe del Servicio de Endocrinología según la cual el ingreso se debió al "mal control glucémico" no es indicativo de anomalía o deficiencia en la asistencia prestada a la paciente, sin que haya "relación entre el ingreso (...) y el seguimiento en el Servicio de Endocrinología".

En relación a la necesidad de que el parto hubiera sido por cesárea, del mismo informe resulta que: el alto riesgo de un embarazo comienza con puntuación igual o superior a 2, siendo 2 la puntuación de la paciente; y que "la definición de un embarazo como de alto riesgo no conlleva per se la determinación de la cesárea", pues la misma se aplica en aquellos casos en los que "clínicamente se hace necesario".

El 15 de febrero de 2007 tiene lugar el interrogatorio del esposo de la reclamante manifestando: que desde la entrada a paritorio hasta después del fallecimiento del niño su esposa estuvo en situación de "abandono", "mucho tiempo sola"; que como inducción al parto "le practicaron la rotura de la bolsa amniótica"; que en esa situación "permaneció 19 horas"; que el personal que entraba y salía de la sala "nos decía que no estaba rota la bolsa"; que "tuvo dos veces fiebre"; y que preguntó por qué no hacían una cesárea, a lo que se le respondió por una ginecóloga que era "porque tenía diabetes".

El 15 de marzo de 2007 se efectúa el interrogatorio del Jefe del Departamento de Ginecología a preguntas de la parte y repreguntas del Consorcio Sanitario de Tenerife, del que resulta la siguiente información de interés: que la paciente tuvo 39º, por lo que a partir del 24 de febrero se le administró Eritromicina 500 ya que era alérgica a la penicilina; que la paciente no es que entrara "de urgencia", sino que entró "por urgencias", que es el sistema de admisión cuando no se entra por el

Servicio de Admisiones, aunque el embarazo era de "alto riesgo"; que, aunque se sigan las pautas indicadas para el seguimiento de la diabetes, "las cifras de glucosa no se dejan siempre controlar satisfactoriamente"; que, desde su ingreso, la paciente estuvo sometida a "registro cardiotocográfico" con el fin de detectar "posibles problemas en el niño"; que el 23 de febrero se le aplicó "prostaglandinas" para inducir el parto; que el 24 de febrero se indujo el parto rompiendo la bolsa amniótica; que "no tiene sentido romper la bolsa y hacer una cesárea inmediatamente"; que el parto fuera de alto riesgo "no es indicación por sí misma de una cesárea"; que no surgió ninguna situación "que indicara la práctica de cesárea"; que, rota la bolsa, "tarda en colonizarse por gérmenes al menos 12 horas y el peligro de infección no aumenta hasta pasadas 24 horas de la bolsa rota"; que 19 horas de espera "no puede considerarse un tiempo excesivo en estas circunstancias"; que el alta a las 24 horas se da, en casos como éste, para que la madre "no esté en contacto con otras mujeres que han culminado felizmente su proceso de parto"; que sólo los "duelos patológicos requieren de consultas siquiátricas"; que la paciente fue atendida por los Servicios de Endocrinología y Ginecología los días 25 y 26 de febrero, que informaron favorablemente el alta; que "en ningún caso se puede estimar que la rotura prolongada de membrana sea causa de fallecimiento"; que si en el parto hubiera habido anoxia el niño "hubiera muerto durante el parto"; que en el parto no se detectó "signos de hipoxia importantes" ni "sufrimiento fetal"; y que no se entiende bien el término "muerte violenta" del informe forense.

Con fecha 13 de junio de 2007 el Consorcio Sanitario de Tenerife efectúa alegaciones en trámite de audiencia en el sentido de que la actuación sanitaria fue en todo momento ajustada a la lex artis, pues el tratamiento y atención prestados fueron los debidos al caso, sin que "en modo alguno" tuvieran que ver con "el fallecimiento del recién nacido ni con el seguimiento de la gestación, ni (con el) control de la diabetes, ni con la estancia, ni con el tratamiento, ni con el parto, ya que el desafortunado suceso se produjo posterior (sic) al control y seguimiento de la gestación a la que la reclamante atribuye el error a esta Administración (...) sin que tuvieran influencia los tratamientos pautados".

En su escrito de 4 de julio de 2007, la reclamante evacua las alegaciones debidas en el trámite de audiencia final, ratificándose en sus posiciones en base al informe forense antes extractado.

4. *Con tales antecedentes, este Consejo no entró en el fondo del asunto, al entender preciso para ello poder contar con información complementaria sobre los siguientes extremos:*

- *“Riesgos de dicho embarazo, en particular y en todo caso dado el concreto estado de salud de la paciente y su particular situación al ser asistida, así como su concreto tratamiento, incluyendo especialmente las adecuadas o exigibles precauciones en relación con el feto.*

- *Razón por la que, dadas las circunstancias, no se optó por el uso de cesárea en este supuesto y, en particular, pertinencia de tal uso en este supuesto al menos tras la inducción al parto con prostaglandinas y producirse la rotura de la bolsa.*

- *Posibilidad de que la infección fuese contagiada por la madre, tratada con Eritromicina al presentar fiebre; medidas tomadas para controlar tal eventualidad; influencia de la infección en los problemas surgidos al feto en el parto o inmediatamente después del mismo; desinfección respecto a la indicada bacteria del quirófano, en general, y de los medios utilizados y el personal actuante, en particular.*

- *Motivo por el que se pudo producir, en una actuación médica supuestamente correcta en el parto y antes o después de éste, anoxia intraparto y que no pudiera no sólo preverse o evitarse ésta, particularmente mediante cesárea, sino que no se detectara o previera en absoluto el sufrimiento fetal agudo que la precede y origina, determinándose también si dicha anoxia puede acontecer inmediatamente después del parto o, al menos, la aparición entonces de sus efectos letales, así como si ello no puede ser previsto o evitado con las medidas pertinentes dadas las características de la paciente o los acontecimientos del parto mismo.*

- *Razón por la que el forense no incide en una posible distocia de rotación, aunque advierta de la producción de muerte violenta; efecto de esa posibilidad en los problemas del parto y, en especial, su conexión con la anoxia producida; motivo por el que, de haberse presentado distocia, esta circunstancia no pudo preverse o controlarse dadas las condiciones del embarazo con medidas preventivas o específicas en el parto, incluido el uso de la cesárea”.*

Continuada la instrucción, se integra en las actuaciones informe complementario del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, de 17 de noviembre de 2009, mediante el que se pretende dar respuesta a las anteriores

cuestiones, y escrito de alegaciones de la parte, ratificándose en sus pretensiones iniciales.

Del citado informe resulta que: la calificación del embarazo como de "alto riesgo" determinó la aplicación de de una "batería de medidas diagnósticas y terapéuticas protocolizadas"; el embarazo de alto riesgo "no lleva implícita la práctica de una cesárea" y aunque sí "obliga a medidas de control no [conlleva (...)] indicación quirúrgica"; la rotura de la bolsa se hizo para, conforme al protocolo, "facilitar (...) los cuidados fetales en la inducción al parto"; tal rotura "tampoco es indicación de cesárea"; tampoco "las inducciones al parto (...), lo que sería un contrasentido"; en ningún momento en la monitorización "apareció indicación de cesárea"; el cultivo positivo de pseudomona "no necesariamente implica un cuadro infeccioso pulmonar originado por ese germen"; determinar donde se produce su contagio es "prácticamente imposible", sin que conste cuadro séptico en el recién nacido; la asepsia de las instalaciones quirúrgicas se llevó a cabo de conformidad con los protocolos; la hipoxia en caso de que se produjera (lo cual no es demostrable con los datos de seguimiento del parto) la debió hacer, como por otro lado es frecuente, en los tramos inferiores del canal del parto"; no se produjeron alteraciones cardiotocográficas indicativas de hipoxia, a la que por otra parte los fetos tienen "distintos grados de tolerancia"; las distocias de rotación aparecen al final del canal del parto; y, por último, no se entiende a que se refiere el forense cuando habla de "muerte violenta".

El informe del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, en efecto, da respuesta a las cuestiones planteadas en su día, reforzando la fundamentación de la Propuesta de Resolución. No obstante, en algún caso la respuesta dada no agota la virtualidad de la cuestión sobre la que se pidió información complementaria y, en otro, tal información es contradictoria con la que resulta del informe forense, a quien, por cierto, no se llamó a las actuaciones de forma complementaria.

Comenzando por esta segunda cuestión, resulta de una cierta perplejidad que, por un lado, el forense indique que el feto falleció, como causa inmediata, por "anoxia intraparto", siendo la causa fundamental el "sufrimiento fetal agudo"; y, por otro, que en el último de los informes emitidos se diga que en ningún momento en la monitorización "apareció indicación de cesárea"; que la hipoxia, en caso de que se produjera (lo cual no es demostrable con los datos de seguimiento del parto), se debió producir, como por otro lado es frecuente, en los tramos inferiores del

canal del parto"; y que no se produjeron alteraciones cardiotocográficas indicativas de hipoxia, a la que por otra parte los fetos tienen "distintos grados de tolerancia".

Como puede observarse, las conclusiones del Jefe del Servicio y el médico forense difieren de forma importante. Ahora bien, el forense no ha sido llamado a las actuaciones a fin de confirmar o sustentar sus manifestaciones, contradictorias con las que se hacen constar en la Propuesta de Resolución. Por otra parte, el mencionado informe del Jefe del Servicio de Ginecología, también la Propuesta de Resolución, no llega hasta sus últimas consecuencias en relación con otros extremos, resueltos en la instrucción, pero no agotados en toda su virtualidad.

En efecto, el informe forense señalaba que en sangre se obtuvo una cepa de "pseudomona aeruginosa" que causa "infecciones graves en el ámbito hospitalario" y que en los recién nacidos "puede afectar a los aparatos respiratorio, urinario, digestivo y circulatorio", destacando "sobre todo las infecciones respiratorias".

En el informe del Servicio de Ginecología se dice cumplido el protocolo de asepsia de las instalaciones quirúrgicas, aunque no se aporta informe o certificado de las actuaciones realizadas en la sala quirúrgica donde fue atendida la paciente; se duda de cuál pudiere ser el lugar del contagio -cuando es conocido que tal germen es huésped habitual de las instalaciones hospitalarias-; incluso se dice que "el cultivo positivo de pseudomona no necesariamente implica un cuadro infeccioso pulmonar originado por ese germen", lo que es contradictorio con el informe forense. Asimismo, se explica que las distocias de rotación aparecen al final del canal del parto, pero no se precisa si una distocia puede ser causa generadora de una hipoxia en el parto, de cuya existencia asimismo se duda.

5. Estas dudas motivaron que el Consejo, con suspensión del plazo de emisión del correspondiente Dictamen, interesara que los forenses intervinientes y los Servicios de Ginecología y Endocrinología emitieran informes complementario sobre determinadas cuestiones -que concernían, fundamentalmente, a la presunta "muerte violenta" del recién nacido, a la hipoxia determinante de la misma, y a la relación de ésta con la infección por pseudomona aeruginosa-, incorporándose a las actuaciones los informes de los Servicios de Ginecología y de Endocrinología, pero no el forense pese a que se reiteró su emisión, siendo éste determinante para la resolución del caso, pues hay una contradicción original, no resuelta, sobre un presupuesto fáctico determinante: si hubo o no hipoxia y/o sufrimiento fetal.

En definitiva, los solos informes de los Servicios afectados no resuelven la contradicción radical existente entre los informes del Servicio y el forense.

6. En consecuencia, el Consejo entendió en su segundo Dictamen que resultaba absolutamente necesario para la emisión de un pronunciamiento de fondo que se recabara el citado informe complementario de los forenses inicialmente actuante, debiendo pronunciarse necesariamente sobre la causa efectiva del fallecimiento del niño y cuándo se produjo éste; la existencia de sufrimiento fetal e hipoxia en el proceso; si se pudo evitar estas circunstancias o sus efectos; la presencia de infección en el recién nacido y, en tal caso, el origen posible de la cepa, la conexión de aquélla o ésta con el estado de la madre y la incidencia de tal circunstancia en la muerte del niño, particularmente respecto a la generación de sufrimiento fetal y de hipoxia.

Y también que procedía certificarse el cumplimiento de las normas aplicables sobre prevención y control de infecciones, en especial por *Pseudomonas aeruginosa*, en el material, personal, instalaciones, no sólo quirófano, y la misma paciente en este supuesto, no bastando una simple afirmación de que así fue o debiera ser supuestamente. Así, ha de acreditarse que la infección o la cepa no tienen origen hospitalario y que, en tal caso, su incidencia no pudo ser en absoluto evitada por determinados motivos, o bien, no influyó para nada en los acontecimientos.

Efectuada esta información adicional, se advertía la procedencia de dar traslado a la interesada (art. 84 LRJAP-PAC), tras lo que el instructor habría de formular nueva Propuesta de Resolución, con informe en su caso del Servicio Jurídico sobre su formulación inicial, para ser remitida en su versión definitiva a este Organismo para ser dictaminada.

III

Pues bien, a la vista de lo expuesto en el Dictamen 12/2010, se aportó a las actuaciones informe del Director del Instituto de Medicina Legal de Santa Cruz de Tenerife, de 9 de febrero de 2010, indicando que, de conformidad con lo establecido "en el art. 479.2 de la LOPJ, no es posible la emisión de informes periciales relacionados con cuestiones que se encuentran bajo investigación judicial, al margen del Juzgado de Instrucción y a instancias de instituciones no judiciales". Sin embargo, aclara que "muerte violenta es aquella que no se produce como consecuencia de un proceso morboso natural y que puede estar relacionada con la

intervención de agentes externos”, por lo que “no es incompatible el carácter accidental con el hecho de que se trate de una muerte violenta”.

También se remite informe forense, de 22 de marzo de 2006, firmado por forense distinta, sin embargo, a los dos que suscribieron el informe de autopsia, que contenía las consideraciones y conclusiones basadas en los hallazgos físicos obtenidos directamente del cadáver del niño, se ha de entender, ya expresadas, al que no se refiere el segundo informe, que tampoco hace pronunciamiento alguno sobre tales argumentos y resultados, quizá porque no disponía del cuerpo sobre el que trabajaron los anteriores forenses.

Por lo demás, se supone que a la luz de la actuación asistencial realizada, pero sin disponer tampoco no obstante de todos los datos de la misma, particularmente del propio parto, el segundo informe forense se limita a señalar que los signos clínicos del proceso fetal son sólo orientativos al no tenerse metodología que informe precisamente de una situación anómala o de sus repercusiones.

Y añade, explicativamente, que la frecuencia fetal asociada al denominado sufrimiento fetal agudo puede consistir en braquicardia, taquicardia e irregularidad de los latidos fetales, comprendiendo la normal una franja que va de 120 a 155 lat/min, con una variabilidad de latidos entre 5 lat/min y 25 lat/min, de modo que, por debajo de 120 lat/min, hay braquicardia, mientras que, por encima de 160 lat/min, taquicardia.

Concluye con la conveniencia de aportar a las actuaciones la declaración de los facultativos y matrona, así como los registros. Se entiende, obviamente, a los fines de las actuaciones en el ámbito propio de las mismas, que eran entonces de carácter penal y no administrativo.

No obstante, los registros aludidos se remitieron a este Organismo junto con la nueva información complementaria requerida. Y, según aquéllos, el feto pasó de tener 120 latidos/minuto, con una dinámica de tres contracciones cada diez minutos, a 140 latidos por minuto, con una variabilidad de 5-10 latidos, llegando finalmente a 160 latidos por minuto. Por eso, procede que se constate si tales registros abarcan, en efecto, todo el proceso del parto, en particular su fase final, en la que un informe indica que, de haber habido hipoxia, ocurrió en ella, y si los forenses que realizaron la autopsia dispusieron de ellos a los efectos oportunos, determinándose en todo caso si resultan compatibles con sus afirmaciones de sufrimiento fetal agudo y anoxia intraparto o su estimación de muerte violenta, concurriendo también posible

infección con afectación de las vías respiratorias del feto. Y es que, de lo contrario, no se entenderían las referidas observaciones y conclusiones, plasmadas en su informe.

Finalmente, se remite asimismo ahora, debiendo haberlo sido antes al igual que el segundo informe forense, Auto judicial de 28 de agosto de 2009 por el que se acuerda la prescripción de actuaciones, al no haberse tenido actividad procesal desde 2005, con transcurso de tres años desde la última diligencia practicada. Esto es, como se apuntó, se instruyeron Diligencias penales en relación con el hecho que nos ocupa; por eso, estas actuaciones también debieran incorporarse a este procedimiento, con su remisión a este Organismo a los efectos oportunos.

IV

1. Consecuencia de lo hasta aquí expuesto es, obviamente, que la situación de impedimento para efectuar este Organismo un pronunciamiento sobre el fondo del asunto, en relación con las cuestiones señaladas en el art. 12.2 RPAPRP, y, en puridad, para que pueda considerarse adecuadamente fundada la desestimación de la reclamación recogida en la Propuesta de Resolución analizada, no ha cambiado sustancialmente desde la emisión del segundo de los Dictámenes producidos en este asunto.

Esto es, siguen sin disponerse datos suficientemente en el expediente, ni siquiera con la remisión de la última documentación referida o las actuaciones efectuadas, dadas las circunstancias y por los motivos indicados, para determinar la eventual, y en principio posible o no descartable, conexión entre la asistencia sanitaria realizada en este caso, con sus correspondientes vicisitudes y actuaciones, y el resultado de muerte del recién nacido.

Así, partiéndose de las causas del fallecimiento según el Centro hospitalario donde se produjo éste y la previa asistencia a la madre, primero, y también al feto y al niño, después, ha de determinarse si tales causas se relacionan con los datos no cuestionados del expediente, como fiebre y distress respiratorio de la madre o problemas del embarazo detectados en ésta; o bien, los deducibles tanto de la historia clínica, particularmente los registros, íntegros, del parto, como de los informes forenses emitidos.

A este propósito, es imprescindible tratar de compatibilizar el segundo de esos informes con el primero y, sobre todo, coherencia o explicar éste, y sus conclusiones de falta de aire y el sufrimiento del feto en el parto, aspirando líquido amniótico, y

posible infección del niño o del feto, teniendo la madre rota la bolsa durante 19 horas, con los informes de facultativos del Servicio, aludiendo, sin confirmarlo por los datos del parto, posible hipoxia en la última fase del parto, sin distocia pero sin explicar el motivo, y rechazando, sin justificación específica y documentada, la infección.

2. En este contexto resulta esencial e imprescindible la intervención, a efectos aclaratorios, de los forenses intervinientes, tanto como disponer de información objetivada del Centro hospitalario sobre los extremos antes referenciados, en orden a determinar, objetiva y documentadamente, la hipoxia del feto o la infección en éste o de la madre, en quirófano o en otra instalación del Centro, con aspiración de líquido amniótico por aquél y sufrimiento fetal, en relación con los problemas respiratorios admitidos del recién nacido, con rotura de membranas, que conducen a su muerte.

Y es que la información de los forenses, tanto de los que hicieron la autopsia, como del que intervino después, se insiste que es determinante para poder conocer el estado del feto y las causas de la muerte del niño recién nacido, en relación con lo sucedido durante la asistencia a la madre, en planta y en quirófano, en el parto y tras finalizar éste; razón por la que se instó su obtención en el segundo Dictamen emitido, sin incluir al tercer forense entonces al desconocerse su existencia.

En este orden de cosas, procede reiterar la necesidad de que informen, advirtiéndose que no parece justificado su rechazo con base en lo dispuesto en el art. 479.2 de la Ley orgánica del Poder Judicial. No sólo porque ya no existe investigación judicial que exija su exclusiva participación en ella a los fines previstos en el precepto, ni se solicita su pericia, per se, fuera del ámbito de prestación de servicios; sino porque, habiendo informado sobre el asunto en relación con el cual se tramita este procedimiento administrativo y constando esos informes en el expediente, siendo decisivos por lo expuesto para su correcta resolución, máxime al ser el primero cuestionado por informes administrativos y pudiendo parecer no contestes entre sí, al menos en parte, aquél y el emitido luego.

En definitiva, por esta razón y en virtud del principio de colaboración institucional, es pertinente que los forenses intervinientes se pronuncien sobre los extremos reseñados sobre la base, ante todo y sobre todo, de las pericias realizadas, pero también de los otros informes evacuados.

En su defecto, con base en el material ya disponible, en su conjunto e integridad, completándose en lo que fuere necesario en la línea ya expresada con la información adicional correspondiente del Servicio y del Centro hospitalario, y recabándose los documentos pertinentes de las actuaciones judiciales a quien proceda, incluyendo los de la autopsia o material utilizado en los informes forenses y la metodología utilizada en éstos, se ha de recabar informe de especialista del SCS ajeno al Centro hospitalario afectado en orden a que se pronuncie sobre los extremos señalados en éste y en el punto precedente de este Fundamento.

3. Emitida la información en cuestión por los forenses y el Centro hospitalario o, en defecto de la intervención de aquéllos, la que produzca el especialista o especialistas que se indica en el párrafo precedente, se trasladará la información a la interesada a los efectos oportunos y, tras evacuarse en su caso informe del Servicio Jurídico sobre la cuestión, se formulará Propuesta de Resolución, con el contenido que se considere procedente en relación con lo dispuesto en el art. 89 LRJAP-PAC, a remitir a este Organismo para ser dictaminada.

C O N C L U S I Ó N

Procede retrotraer las actuaciones en orden a la realización de las expuestas en el Fundamento IV.1 a 3, siendo especialmente relevante al efecto del pronunciamiento de este Organismo, así como la adecuada fundamentación de la Propuesta de Resolución, la información reseñada en dicho Fundamento, con solicitud de nuevo Dictamen sobre la que finalmente se formule.