SOR/JAE

# RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD EN EL EXPEDIENTE DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL R.P. Z12346 INICIADO POR RECLAMACIÓN PRESENTADA POR DÑA. ESTHER JIMÉNEZ MORAGAS, ACTUANDO EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE D. [redacted]

**PRIMERO.-** El Servicio de Aseguramiento y Riesgos ha elevado a esta Dirección Gerencia la siguiente **PROPUESTA DE RESOLUCIÓN**

*"Por el Servicio de Aseguramiento y Riesgos del Servicio Andaluz de Salud, se ha tramitado expediente de responsabilidad patrimonial nº Z12346, a instancias de DÑA. ESTHER JIMÉNEZ MORAGAS, actuando en nombre y representación de D. [redacted] que reclaman una indemnización de QUINIENTOS MIL EUROS (500.000 €).*

*Se ha seguido el procedimiento establecido en el R.D. 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial. Según lo dispuesto en el artículo 12.1 de dicha norma se formula la presente* ***PROPUESTA DE RESOLUCIÓN****, a la que sirven de base los siguientes*

## *ANTECEDENTES DE HECHO*

***PRIMERO.-*** *El 20 de julio de 2012, Dña. Esther Jiménez Moragas, actuando en nombre y representación de D. [redacted] y Dña. [redacted] presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial contra este Organismo, solicitando una indemnización por la actuación sanitaria que recibió [redacted] por parte de la Administración sanitaria.*

*Mediante escrito de fecha 10 de julio de 2014, la parte reclamante remite escrito donde informan de la desgraciada noticia del fallecimiento de la menor Dña. [redacted]*

*Los reclamantes consideran, con relación al parto de su hija [redacted] acaecido el día 09/03/2011 en el Hospital Santa Ana de Motril, que la asistencia prestada durante el mismo fue defectuosa, siendo la misma el origen de las lesiones padecidas por su hija.*

*Estiman los reclamantes que el registro cardiotocográfico realizado durante el parto mostraba alteraciones, que indicaban la presencia de sufrimiento fetal, sin que a pesar de ello se adoptasen medidas encaminadas a confirmar este dato o a finalizar el parto de forma precoz, mediante cesárea.*

*Asimismo consideran que la demora en la resolución del parto, una vez manifestado el riesgo de pérdida de bienestar fetal, así como las graves lesiones que presentó la recién nacida, indican la existencia de mala praxis, existiendo suficientes datos objetivos como para afirmar que se debió adoptar una actitud distinta a la de facilitar un parto por vía vaginal.*

*Los reclamantes afirman que existe una relación de causalidad entre el mal funcionamiento de los servicios sanitarios y las secuelas que padece la menor, considerando que no tienen el deber jurídico de soportar el daño producido como consecuencia de una asistencia defectuosa, fundamentalmente por el carácter tardío a la hora de tomar medidas dirigidas a detener el sufrimiento fetal cuando existían medios para detectarlo, confirmarlo y atajarlo, medidas que no se pusieron a disposición de la paciente y de su hija, con las que podría haberse evitado o disminuido el daño sufrido por la recién nacida.*

***SEGUNDO.-** El Servicio de Aseguramiento y Riesgos comunicó a la Sra. Jiménez Moragas, letrada de los reclamantes, que con su reclamación se iniciaba un procedimiento de responsabilidad patrimonial que se tramitaría conforme a las previsiones contenidas en el R.D. 429/93, de 26 de marzo.*

***TERCERO.-** Se solicita al Hospital Santa Ana que remita copia de la historia clínica de la paciente así como informe del Servicio implicado en la reclamación.*

***CUARTO.-** Se elabora dictamen médico por el facultativo adscrito al Servicio de Aseguramiento y Riesgos del Servicio Andaluz de Salud, basado en la historia clínica de la paciente. Dicho dictamen expone las siguientes consideraciones médicas:*

*"El caso que nos ocupa es el de una mujer de 38 años de edad, secundigesta y primípara, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento y colon irritable, y una gestación anterior finalizada por cesárea electiva por presentación de nalgas.*

*La gestación actual tuvo un curso y desarrollo normal, sin incidencias destacables, y un seguimiento adecuado de acuerdo con el protocolo de embarazo, parto y puerperio.*

*La gestante ingresó el día 09/03/2011 en el Hospital Santa Ana de Motril por pródromos de parto. En la exploración inicial la dilatación cervical era*

*todavía de 1,5 cm, la bolsa estaba íntegra y la presentación cefálica se encontraba en I plano. La monitorización cardiotocográfica mostró un feto reactivo con dinámica uterina escasa.*

*La fase activa del parto dio comienzo, aproximadamente, a las 13:00 h, coincidiendo con la apertura del partograma en el que se registró una dilatación de 3 cm y presentación en I-II plano. Desde este momento se inicio el registro cardiotocográfico (RCTG) continuo. Unos minutos después se produjo la rotura espontánea de la bolsa con salida de líquido amniótico teñido de meconio, hallazgo sin significación patológica al registrarse un patrón de frecuencia cardiaca fetal (FCF) reactivo y completamente normal sin signos de riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF).*

- *La evolución de la fase activa del parto fue favorable, progresando la dilatación rápidamente, pasando de 5 cm a las 15:00 h a 8 cm a las 15:30 h y alcanzando la dilatación completa a las 15:40 h.*

*Examinando el RCTG se observa que el registro se interrumpe momentáneamente entre las 14:22 h y las 14:44 h para la administración de la analgesia epidural. Hasta este momento y hasta las 15:20 horas el RCTG no muestra anomalías significativas ni en el patrón de FCF ni en la dinámica uterina. A partir de este momento se produce un aparente incremento del tono uterino que se normaliza a partir de las 15.30 horas. Este aumento transitorio del tono uterino no se correlacionó con ninguna complicación que pudiera ser la causa del mismo, principalmente un desprendimiento prematuro de placenta, pero en cualquier caso este episodio de aparente hipertonía no parece haber tenido una repercusión significativa sobre el feto al no aparecer desaceleraciones en la FCF, si, en cambio, taquicardia fetal transitoria probablemente reactiva.*

*A partir de las 15:40 h se interrumpe el registro de la dinámica uterina, coincidiendo con la dilatación completa, lo que marca el final del periodo de dilatación y el comienzo del expulsivo. En este momento, probablemente, la paciente fue trasladada al paritorio, se retiró el transductor de la dinámica uterina y se mantuvo el de la FCF.*

*Después de las 15:50 h aparecen deceleraciones variables de la FCF que, a partir de las 16:05 h, se vuelven prolongadas y, por tanto, patológicas que se mantienen hasta la interrupción definitiva de la monitorización a las 16:35 h.*

*La extracción del feto se realizó 30 minutos después, a las 17:05 h. Para la extracción se aplicó inicialmente ventosa obstétrica y, posteriormente, al fracasar este procedimiento, fue necesario utilizar espátulas.*

*La recién nacida precisó maniobras de reanimación cardiopulmonar tipo IV con intubación y ventilación mecánica, presentando desde el principio una grave depresión neurológica y ausencia de esfuerzo respiratorio. La gasometría arterial de sangre del cordón umbilical confirmó la presencia de una grave acidosis metabólica con un pH de 6.55 y un exceso de bases de -34. Posteriormente, las pruebas de imagen y neurofisiológicas, mostraron signos compatibles con una encefalopatía hipóxico-isquémica de grado moderado-grave.*

*El juicio clínico definitivo fue parálisis cerebral infantil tipo tetraparesia espástica distónica y síndrome convulsivo neonatal secundario a encefalopatía hipóxico-isquémica, cumpliendo con todos los criterios clínicos, esenciales y no esenciales, aceptados en la actualidad para establecer la relación entre una hipoxia/asfixia intraparto y la encefalopatía hipóxico-isquémica diagnosticada a la recién nacida.*

*La evolución de la paciente fue tórpida hasta su fallecimiento a la edad de 2 años por complicaciones, al parecer relacionadas con su encefalopatía. En el periodo neonatal precisó ingreso en UCI durante cuarenta días, seguidos de dos meses más en planta. Tras el alta hospitalaria y en su domicilio precisó alimentación por sonda y gastrostomía, oxigenoterapia y aspiración de secreciones respiratorias. El tratamiento rehabilitador administrado no obtuvo avances importantes persistiendo un retraso psicomotor severo secundario que motivó la calificación de la paciente con un porcentaje de discapacidad del 89%. Las dificultades para la alimentación fueron importantes desde el nacimiento, sufriendo episodios repetidos de infección y dificultad respiratoria que motivaron varios ingresos hospitalarios.*

*El objeto fundamental de la reclamación es el retraso en la adopción de medidas para resolver la situación de pérdida de bienestar fetal que mostraba el RCTG durante la última fase del parto, considerando asimismo los reclamantes que la hipoxia intraparto sufrida por el feto ha sido el factor determinante en el origen de las graves las lesiones encefálicas diagnosticadas a la recién nacida y en su posterior fallecimiento. No se cuestionan tanto las medidas adoptadas como el retraso en la realización de las mismas.*

*En el presente caso el RCTG normal, registrado durante la totalidad del periodo de dilatación, se transformó progresivamente, apareciendo primero alteraciones sospechosas o "no tranquilizadoras" y, a partir de las 16:05 h, desaceleraciones prolongadas que, según los criterios de valoración del RCTG propuestos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y por otras sociedad científicas internacionales, estarían indicando una clara situación de riesgo de pérdida de bienestar fetal.*

*Ante un trazado de esta naturaleza las primeras medidas a adoptar deben ir dirigidas a la identificación y tratamiento de las causas reversibles,*

*cambiando de postura a la madre, suspendiendo la administración de oxitocina o administrando oxígeno y/o tocolíticos. Otra posibilidad para conocer el estado real del feto es realizar una determinación del pH fetal en sangre del cuero cabelludo. Pero esta prueba carece de sentido cuando el trazado puede interpretarse como claramente patológico. En estos casos lo indicado es finalizar el parto de la forma más rápida posible, mediante una cesárea urgente si fuera necesario.*

*En el presente caso, la extracción del feto mediante parto vaginal asistido, con ventosa primero y espátulas después, no se realiza hasta una hora después de la aparición de las deceleraciones prolongadas en el RCTG. Siendo estas alteraciones indicativas de una probable situación de hipoxia fetal grave, la conducta obstétrica más adecuada habría sido la finalización inmediata del parto. La demora que se produjo en la extracción del feto supuso, con toda probabilidad, una agravación de la hipoxia fetal y de las lesiones neurológicas secundarias.*

*El diagnóstico de hipoxia fetal grave intraparto fue confirmado por el resultado de la gasometría de sangre del cordón umbilical, y el de encefalopatía hipóxico-isquémica grave por las pruebas de imagen y neurofisiológicas, así como por la propia evolución de la paciente, reuniendo este caso todos los criterios diagnósticos para establecer la existencia de una relación de causalidad entre la hipoxia fetal intraparto y el daño neurológico sufrido por la recién nacida.*

*En definitiva, consideramos que desde que aparecen los primeros signos de alarma en el RCTG hasta que se realiza la extracción del feto ha existido una demora en la finalización del parto que supuso una agravación de la hipoxia sufrida por el feto en la última fase del parto y, por consiguiente, del daño neurológico padecido por la recién nacida, resultando las graves secuelas neurológicas determinantes en su evolución clínica y posterior fallecimiento."*

***QUINTO.-*** *Comunicada a la parte reclamante la apertura del preceptivo trámite de audiencia, de acuerdo con lo previsto en el art. 11 del R.D. 429/93, esta presenta alegaciones dentro del plazo legalmente establecido.*

*Son de aplicación y sirven de motivación a la presente propuesta los siguientes*

## *FUNDAMENTOS JURÍDICOS*

***PRIMERO.-*** *La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud es competente para la resolución de la presente reclamación, en virtud de lo establecido en el art. 142.2 de la Ley 30/1.992 de 26 de Noviembre, en relación con el artículo 69.1 de la Ley 2/1.998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, y con lo dispuesto en el artículo 12.1 n) del Decreto 208/2015, de 14 de julio, por*

*el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.*

***SEGUNDO.-*** *Respecto a la legitimación de la parte reclamante, ésta proviene de su condición de interesada, por cuanto alega haber sufrido un daño patrimonial que le hace ser titular de un derecho o interés legitimo habilitante para promover el procedimiento, según el artículo 31.1 a de la Ley 30/92.*

***TERCERO.-*** *La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, que ha adquirido rango constitucional al acogerse en los artículos 9.3 y 106.2 de la Constitución, supone, según se desprende del Titulo X de la Ley 30/92 y de la jurisprudencia emanada sobre la materia, la concurrencia de los siguientes presupuestos:*

*1º) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.*

*2º) El daño ha de ser antijurídico, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la Ley.*

*3º) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.*

*4º) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, en relación directa e inmediata.*

*5º) Ausencia de fuerza mayor.*

*6º) Que la reclamación se efectúe en el plazo de un año -plazo de prescripción- lo cual, no obstante, no es propiamente un presupuesto de la responsabilidad administrativa sino del ejercicio de la acción para hacerla efectiva.*

***CUARTO.-*** *Respecto a lo alegado en el trámite de audiencia, y tras un exhaustivo estudio de los documentos contenidos en el expediente, tanto documentación médica como alegaciones, este órgano instructor ratifica el contenido y las conclusiones contenidas en el dictamen del facultativo del Servicio de Aseguramiento y Riesgos.*

***QUINTO.-*** *En virtud del dictamen facultativo del Servicio de Aseguramiento y Riesgos se considera estimatoria la reclamación planteada,*

*puesto que existe relación causal entre la asistencia sanitaria prestada a Dña. [redacted] y el resultado que de dicha prestación asistencial se obtiene.*

*Las conclusiones del dictamen médico son las siguientes:*

*"**Primera.**– Doña [redacted], de 38 años de edad, secundigesta y primípara, con gestación de desarrollo y evolución normal y seguimiento adecuado, ingresó en el Hospital Santa Ana de Motril el día 09/03/2011 por pródromos de parto.*

***Segunda.**– El periodo de dilatación se desarrolló con normalidad mostrando el registro cardiotocográfico un patrón de frecuencia fetal normal sin signos de pérdida del bienestar fetal.*

***Tercera.**– En el periodo expulsivo del parto aparecieron alteraciones en el registro cardiotocográfico que indicaban una situación de probable hipoxia fetal grave. Estas alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal no fueron interpretadas adecuadamente produciéndose una demora en la extracción del feto que produjo una agravación de la hipoxia fetal.*

***Cuarta.**– El diagnóstico de hipoxia fetal intraparto fue confirmado por el resultado de la gasometría de sangre del cordón umbilical que mostró una acidosis metabólica grave.*

***Quinta.**– La recién nacida fue diagnosticada de encefalopatía hipóxica isquémica con tetraparesia espástica distónica y síndrome convulsivo neonatal, cumpliendo todos los criterios clínicos para establecer su origen en una hipoxia intraparto.*

***Sexta.**– La demora en la extracción ha supuesto una agravación de la hipoxia fetal así como de las lesiones neurológicas secundarias de la recién nacida, resultando las mismas determinantes en su evolución clínica y posterior fallecimiento."*

***SEXTO.-** Por lo que respecta al quantum indemnizatorio, se aplica el baremo de la Ley 34/03 sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a motor, actualizado al año 2014 (última actualización):*

***Incapacidad Temporal (fecha de nacimiento 09/03/2011):***

- *Con ingreso hospitalario: 135 días.*
- *Con impedimento: 589 días.*

*- Total días: 724 días*

***Cuantificación:***

- *135 días con ingreso hospitalario x 71,84 € = 9.698,40 €*
- *589 días con impedimento x 58,41 € = 34.406,49 €*

*- Total incapacidad temporal: 41.101,89 €*

***Fallecimiento:***

- *Grupo IV (Víctima sin cónyuge ni hijos y con ascendientes):*
- *Padres – Convivencia con la víctima ..... 105.448,93 €*
- *A cada hermano menor de edad en convivencia con la víctima ..... 19.172,54 €*

*- Total: 124.621,47 €*

- ***INDEMNIZACIÓN TOTAL => 165.723,36 €***

*A efectos informativos, indicar que no se aplicará la nueva Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Y ello en virtud de la Disposición transitoria y de la Disposición final quinta, las cuales indican lo siguiente:*

*"**Disposición transitoria.** Aplicación temporal del sistema.*

*1. El sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación que establece esta Ley se aplicará únicamente a los accidentes de circulación que se produzcan tras su entrada en vigor.*

*2. Para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley subsistirá y será de aplicación el sistema recogido en el Anexo y en el Anejo del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.*

***Disposición final quinta.** Entrada en vigor.*

*La presente Ley entrará en vigor el 1 de enero de 2016."*

*A la vista de cuanto antecede el Servicio de Aseguramiento y Riesgos eleva a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud la siguiente*

## *PROPUESTA DE RESOLUCIÓN*

*Que se estime parcialmente la reclamación formulada por DÑA. ESTHER JIMÉNEZ MORAGAS, actuando en nombre y representación de D. [redacted] y DÑA. [redacted] al existir relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada a DÑA. [redacted] y el hecho por el que se reclama, y que se indemnice con la cantidad de CIENTO SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTITRES EUROS CON TREINTA Y SEIS CÉNTIMOS (165.723,36 €).*

*De acuerdo a lo establecido en el artículo 17.10 a) de la Ley 4/2005, de 8 de abril, del Consejo Consultivo de Andalucía, elévese a la Dirección Gerencia para su remisión al Consejo Consultivo de Andalucía. RESPONSABLE DEL SERVICIO DE ASEGURAMIENTO Y RIESGOS*".

**SEGUNDO.-** Se procedió, según lo establecido en el artículo 12.1 del R.D. 429/93 a remitir la propuesta de resolución junto con el expediente administrativo al Consejo Consultivo de Andalucía, al que corresponde emitir dictamen en razón de la cuantía de la indemnización solicitada, a tenor de lo previsto en el artículo 17.10 a de la Ley 4/2005, de 8 de Abril del Consejo Consultivo de Andalucía.

**TERCERO.-** La Comisión Permanente del Consejo Consultivo dictaminó favorablemente la propuesta de resolución estimatoria parcial de la solicitud de indemnización, considerándola ajustada a Derecho:

"(...) *En el presente caso, los reclamantes entienden que la asistencia sanitaria dispensada durante el parto de su hija menor fue deficiente, aportando como apoyo de sus pretensiones un informe pericial, en el que se establecen las siguientes conclusiones:*

*"Primera: Tanto en el momento del ingreso de doña [redacted] a las 11:25 horas del día 9 de marzo de 2011 en el Hospital de Santa Ana de Motril, como desde el inicio de la fase activa de parto, -desde las 13:00 horas del mismo día y hasta las 14:50 horas- el feto se mantuvo con una frecuencia cardíaca (FC) dentro de los parámetros normales.*

*»Segunda: A partir de las 14:50 horas del día 9 de marzo de 2011, el registro cardiotocográfico (RCTG), presentó alteraciones en la dinámica uterina -taquisistolia, hipertonía-, que se acompañaron de modificaciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, con aparición de deceleraciones variables, algunas en forma de W, con ascenso de rebote (taquicardia) prolongado, características compatibles con un patrón sugerente de pérdida del bienestar fetal.*

*»Tercera: En el momento de la aparición de dichas alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, las condiciones obstétricas, -8 centímetros de dilatación y presentación en II plano de Hogde- no solo permitieron la realización de pruebas para conocer la oxigenación real del feto -como puede ser la respuesta a la estimulación fetal y/o la pulsioximetría-, sino también posibilitaron la determinación del PH en cuero cabelludo fetal, el indicador más fiable y el parámetro que mejor sustenta la indicación de una finalización inmediata del parto por un riesgo de pérdida del bienestar fetal; y que pese a estas posibilidades, no se adoptó ninguna medida para comprobar la posible trascendencia de las mismas.*

*»Cuarta: Desde las 15:40 horas no se tuvo control de la dinámica uterina, se mantuvieron las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal compatibles con riesgo de pérdida del bienestar fetal; y pese a que desde aproximadamente las 16:00 horas se alcanzó la dilatación completa, se siguió sin comprobar la posible hipoxia fetal; y no se inició la extracción fetal hasta las 16:40 horas, prácticamente 2 horas después de las primeras alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal aparecidas en el registro cardiotocográfico.*

*»Quinta: La hipoxia fetal puede conducir al feto a una mayor vulnerabilidad del tejido cerebral, vulnerabilidad que puede verse incrementada con el desplazamiento brusco de una campana de Vacuo, circunstancia que también se produjo en este caso.*

*»Sexta: Que la gasometría tanto arterial como venosa del cordón umbilical indicó la existencia de:*

*»A) Una hipoxia con un a presión de oxígeno (PO2) de 15,2 mm de Hg, una presión parcial de dióxido de carbono (PCOZ) 158 mm de Hg y una Saturación de oxígeno arterial de 12,4%.*

*»B) Una acidosis metabólica, con una determinación de Bicarbonato (HC03) de 13,2 mmol/1 y un Exceso de Bases de -2,7 mMol/L; lo que se reflejó con:*

*»C) Un PH de 6,55;*

*»Parámetros, todos ellos que pusieron de manifiesto, que la falta de oxigenación fetal no fue breve y brusca, sino mantenida durante un tiempo considerable.*

*»Séptima: Si la atención sanitaria recibida por doña [redacted] durante su proceso de parto, hubiese sido diligente, prudente y oportuna, se le habrían otorgado otras posibilidades que muy probablemente hubiesen disminuido o evitado el daño objetivo que presenta actualmente la niña [redacted]'.*

*La Administración, por su parte, se ha mostrado conforme con la tesis de la parte reclamante. En este sentido, para la estimación de la reclamación, resulta de vital importancia el dictamen del Servicio de Aseguramiento y Riesgos, que viene a concluir lo siguiente:*

*"Primera.- Doña [redacted], de 38 años de edad, secundigesta y primípara, con gestación de desarrollo y evolución normal y seguimiento adecuado, ingresó en el Hospital Santa Ana de Motril el día 9 de marzo de 2011 por pródromos de parto.*

*»Segunda.- El periodo de dilatación se desarrolló con normalidad mostrando el registro cardiotocográfico un patrón de frecuencia fetal normal sin signos de pérdida del bienestar fetal.*

*»Tercera.- En el periodo expulsivo del parto aparecieron alteraciones en el registro cardiotocográfico que indicaban una situación de probable hipoxia fetal grave. Estas alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal no fueron interpretadas adecuadamente produciéndose una demora en la extracción del feto que produjo una agravación de la hipoxia fetal.*

*»Cuarta.- El diagnóstico de hipoxia fetal intraparto fue confirmado por el resultado de la gasometría de sangre del cordón umbilical que mostró una acidosis metabólica grave.*

*»Quinta.- La recién nacida fue diagnosticada de encefalopatía hipóxica isquémica con tetraparesía espástica distónica y síndrome convulsivo neonatal, cumpliendo todos los criterios clínicos para establecer su origen en una hipoxia intraparto.*

*»Sexta.- La demora en la extracción ha supuesto una agravación de la hipoxia fetal así como de las lesiones neurológicas secundarias de la recién nacida, resultando las mismas determinantes en su evolución clínica y posterior fallecimiento".*

*Se trata, en definitiva, de un supuesto en el que no se actuó con arreglo a lo que hubiera sido considerada como la actuación médica a seguir en términos protocolarios y aconsejables desde una adecuada praxis médica, con agotamiento de los recursos sanitarios disponibles y oportunos.*

*En definitiva, en el caso sometido a consideración, no cabe sino reconocer que concurren suficientes elementos de convicción para tener por acreditada la relación causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño que se pretende resarcir* (...).

*Llegados a este punto, los reclamantes solicitan 500.000 euros de indemnización, mientras que la Administración propone una indemnización de 165.723,36 euros.*

*Pues bien, la propuesta de la Administración parece razonable, por lo que ha de acogerse por este Consejo.*

En virtud de las competencias que tiene atribuidas según lo establecido en el artículo 142.2 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en relación con el artículo 69 de la Ley 2/98, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, esta Dirección Gerencia dicta la siguiente

## RESOLUCIÓN

De acuerdo con la anterior propuesta, de fecha 1 de marzo de 2016, cuyos razonamientos hace suyos y sirven de motivación a esta resolución, y de acuerdo con el Consejo Consultivo de Andalucía, se estima parcialmente la reclamación formulada por DÑA. ESTHER JIMÉNEZ MORAGAS, actuando en nombre y representación de D. [redacted] y DÑA. [redacted] al existir relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada a DÑA. [redacted] y el hecho por el que se reclama, y que se indemnice con la cantidad de CIENTO SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTITRES EUROS CON TREINTA Y SEIS CÉNTIMOS (165.723,36 €).

Notifíquese esta Resolución a la persona reclamante, haciéndole saber que, con ella, se agota la vía administrativa, conforme a lo establecido en el articulo 142.6 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, en su redacción modificada, dada por Ley 4/1999, de 13 de enero, e informándole asimismo de que frente a la misma podrá interponer Recurso Contencioso-administrativo ante los órganos judiciales de lo Contencioso-administrativo en cuya circunscripción tenga su domicilio, o, a su elección, ante los de Sevilla, sede de este Órgano resolutor, todo ello de conformidad con lo establecido en el artículo 14.1.2ª de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en su última y modificada redacción dada por Ley 37/2011 de 10 de octubre. El plazo para la interposición del recurso será de dos meses contados a partir de la fecha de notificación de la resolución.

EL DIRECTOR GERENTE