



ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 4 de octubre de 2004, D. M. C. M. D. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los siguientes hechos, según describe:

"Que el día 27 de julio de 2004 estando embarazada de 38 semanas y media ingresé con contracciones en el H. N., estoy de parto y con una dinámica importante.

Es mi segundo embarazo, el anterior fue una cesárea motivada por una desproporción pélvico-encefálica y, por este motivo, comunico al personal que me atiende (matronas), que preciso cesárea, pues, según el seguimiento del embarazo por varios ginecólogos, el bebé es grande y al tener esta desproporción me habrían anunciado una cesárea casi segura.

Haciendo caso omiso de mi sugerencia me someten al proceso normal de un parto. Durante la dilatación me inyectan la epidural y me rompen aguas. Cuando llego a la dilatación óptima de parto (10 cm.), me lo reconocen y entonces deciden (6 horas después de mi ingreso aproximadamente) que tienen que practicarme la cesárea.

Entro a quirófano a las 19,30 horas, me practican la cesárea el Dr. B. y la Dra. P. O.. Durante la operación me rompen un vaso sanguíneo y se produce una hemorragia. A la niña le sacan a las 19,45 después de pegar unos tirones tremendos en el lado izquierdo que es donde la niña estaba ubicada. La Dra (...) sale con la niña y le comunica a mi marido y familia, después de dar la enhorabuena, que la cesárea ha sido complicada y aconseja que no se produzcan más embarazos".

Continua relatando que esa misma noche comienza a sentir molestias en el costado izquierdo, y a la mañana siguiente le suministran calmantes por ser más fuerte el dolor.

El día 30 de julio siguiente le realizan una analítica en la que se detecta anemia importante que, según la reclamante, no había sufrido en todo el embarazo, e infección urinaria, siendo necesario transfundir sangre. Al persistir el dolor le realizan una ecografía renal que resulta normal, llegándose a la conclusión de que el dolor se debía a un desgarro, o contractura muscular, producida durante la cesárea.

La interesada es dada de alta, pero al persistir el dolor, acude al Servicio de Urgencias del H. N., donde tras una analítica le informan que continua con infección de orina, y que debe seguir con el tratamiento antibiótico.

Como el dolor persiste acude de nuevo al Hospital Santa María del Rosell en donde le realizan una radiografía, y le vuelven a decir que los dolores pueden deberse a un desgarro o contractura.

Ante la aparición de incontinencia urinaria se dirige al Servicio de Urgencias del H. N., y los doctores que la atienden hablan de una posible fistula, por lo que le indican que solicite consulta urgente en ginecología. Es citada a los dos días, y para agilizar las pruebas que ha de hacerse, es ingresada en el hospital, siendo diagnosticada de una fistula el 23 de agosto, que se ha producido durante el transcurso de la cesárea, y que debe ser operada.

La reclamante sostiene que la fistula es consecuencia de una negligencia médica que le ha ocasionado una lesión en el sistema urinario, y que se hubiera evitado si la cesárea se hubiera efectuado antes, lo que le ha sumido, a su vez, en una fuerte depresión, pues pasa los días

continuamente orinando lo que le provoca irritación, molestias, picor, etc., sintiendo pánico a una segunda intervención de la que no le dan garantías fiables de que vaya a quedar bien, y manifiesta su intención de que sea intervenida en una clínica especializada.

También refiere que la actuación profesional debe extenderse a la fase previa, con una puntual información al interesado, mediante una adecuada valoración de las circunstancias concurrentes en cada enfermo, de los factores de riesgo existentes y de los resultados que previsiblemente puedan derivarse de la intervención.

Finalmente reclama la cantidad de 24.000 euros, por los quebrantos de todo tipo que ha padecido.

SEGUNDO.- Con fecha 27 de octubre de 2004 la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación patrimonial, que es notificada a la interesada el 12 del mes siguiente.

TERCERO.- Asimismo se notificó la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Compañía de Seguros y a los Hospitales N. y Santa María del Rosell de Cartagena, solicitando su historia clínica y los informes de los facultativos que la atendieron.

CUARTO.- El Hospital Santa María del Rosell, del que depende el Servicio de Ginecología del H. N., remite la historia clínica de la reclamante, así como el informe de los tocólogos de guardia D. J. B. M. y D. P. O. Q., que realizaron la cesárea:

"1º. La cesárea se le realizó a la paciente en el momento oportuno habiendo valorado previamente el tamaño fetal, descartando macrosomía, y teniendo en cuenta que la cesárea anterior no es una indicación absoluta de cesárea electiva.

2º. Una vez comprobada la no progresión del parto indicamos la cesárea. La intervención transcurrió sin complicaciones evidentes, siendo solamente destacable la dificultad en la disección del plano vesico-uterino, circunstancia que observamos con mayor frecuencia cuando se trata de una cesárea anterior.

3º. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones salvo anemia, (que precisó transfusión), e infección de orina. Al 6º día de la intervención la paciente refiere dolor persistente en fossa ilíaca izquierda. Se le realiza ecografía renal que informa de normalidad en riñones y vías urinarias, por lo que es dada de alta.

4º. El motivo por el que reclama la paciente es por una fistula vesico-vaginal que no se evidencia hasta los 15 días de la intervención momento en el que aparece una incontinencia urinaria. Se trata pues de una complicación postoperatoria tardía imprevisible en este caso, y que se contempla como posible en este tipo de intervención por el estado de los tejidos al existir una cirugía previa.

Por tanto no consideramos que exista en el caso ni mala praxis, ni negligencia durante el acto quirúrgico."

Consta también nota interior del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital María del Rosell, Dr. D. R. L., en la que señala, respecto al deseo de la paciente de que la reducción de la fistula le sea practicada en una clínica especializada, que este tipo de operación se puede efectuar en su servicio, sin que sea una intervención de alto riesgo, ni de extrema dificultad.

QUINTO.- La Inspección Médica emite informe el 10 de julio de 2006, realizando las siguientes consideraciones:

- Las fistulas vesico-vaginales son comunicaciones patológicas entre la vejiga y la vagina que pueden deberse a múltiples causas, aunque la más frecuente es la yatrogenia quirúrgica.

- Es una complicación conocida, que puede surgir tras la intervención de cesárea. Cuando sucede, no se puede atribuir con total seguridad a la mala praxis. El hecho de que se hayan realizado anteriores cesáreas, aumenta el riesgo de que aparezcan fistulas vesico-vaginales.

- La cesárea sólo debe realizarse cuando fracasa el parto por vía vaginal, y no para acelerar el parto u otros motivos de índole no clínicos. En este sentido, la actitud de los facultativos de guardia durante el día 27 de julio de 2004 fue la correcta, ya que esperaron a ver cómo evolucionaba el parto por vía vaginal, y cuando se había llegado a dilatación completa y el feto no había pasado del primer plano, se decide la intervención.
- El hecho de que la madre haya tenido un parto anterior mediante cesárea, no es un motivo clínico al 100 % que obligue a que los sucesivos partos deban ser atendidos de la misma manera.
- El documento de consentimiento informado, que consta en la historia clínica, no está cumplimentado ni firmado por el médico, ni por la paciente. Se desconoce si D. M. C. M. D. fue informada verbalmente.

- Cuando la paciente manifestó dolor en fossa ilíaca izquierda, se le realizaron pruebas analíticas y una ecografía renal para averiguar la causa del mismo, evidenciándose infección urinaria y anemia, que fueron tratadas adecuadamente."

Tras estas consideraciones el Inspector Médico alcanza las siguientes conclusiones:
"No ha existido negligencia, ni mala praxis, en la atención sanitaria prestada a Dña. M. C. M. D. durante el parto que se produjo mediante cesárea el día 27 de julio.

La afirmación realizada por la reclamante respecto a que se le tenía que haber realizado la cesárea antes, porque tenía una cesárea anterior, no tiene apoyo científico, ni tampoco existe relación en la aparición posterior de la fistula vesico-vaginal, y las 6 horas que transcurrieron hasta la cesárea.

La paciente fue atendida adecuadamente, utilizando todos los recursos sanitarios disponibles, siendo la aparición de la fistula vesico-vaginal un hecho imprevisible, en el que influyen factores ajenos a la pericia quirúrgica, como es el haberle realizado una cesárea anterior.

No obstante, el origen de la fistula es la intervención quirúrgica realizada, y estimo que debe ser indemnizada en la cuantía que proceda según ley, teniendo en cuenta que es una lesión que puede ser corregida quirúrgicamente, y que por tanto no se trata de un daño permanente."

SEXTO.- Con fecha 23 de agosto de 2006 se remite a la reclamante copia de la historia clínica, solicitada en el escrito de reclamación, y se le comunica la apertura del plazo para la práctica de prueba, sin que comparezca, al contrario que la compañía aseguradora del ente público, que aporta dictamen médico colegiado de los doctores D. E. B. C., D. J. R. V., D. J. Á. B., D. J. M. G. C. y D. M. J. R. J., todos ellos especialistas en Obstetricia y Ginecología, donde se alcanzan las siguientes conclusiones:

1. *Indicación correcta de prueba de trabajo de parto, ante una gestante a término, con cesárea anterior.*
2. *Indicación correcta de cesárea por no progresión de parto y sospecha de desproporción pélvico-cefálica.*
3. *La cesárea se vio dificultada por la existencia de adherencias entre útero y vejiga, y por prolongarse uno de los ángulos de la histerotomía.*
4. *Tras la cesárea se diagnosticó anemia, que precisó transfusión. Las hemorragias son las complicaciones más frecuentes de las cesáreas, y así se recoge en el documento de consentimiento informado de la SEGO.*
5. *El postoperatorio cursó con dolor en flanco derecho. Se practicó ecografía renal que no mostró alteraciones patológicas.*
6. *A los 15 días de la cesárea apareció incontinencia urinaria y se diagnosticó una fistula vésico-vaginal.*
7. *En nuestra opinión la fistula se originó por necrosis de una zona de la vejiga que había sido pinzada, suturada o desvascularizada, en el curso de la cesárea.*

8. La vejiga es la víscera más frecuente lesionada en las cesáreas. Esta lesión se produce en 1,4 casos por cada 1000 cesáreas, si bien la mayoría de ellas se producen en cesáreas reiterativas.

9. La lesión vesical y la fistula son complicaciones típicas de la cesárea, en ocasiones inevitables, y por tanto su producción no puede considerarse como una negligencia.

10. En la documentación estudiada no se aprecian signos de mala praxis, ajustándose la actuación médica a lex artis ad hoc".

SÉPTIMO.- El 30 de noviembre de 2006 se otorga un nuevo trámite de audiencia a la reclamante, sin que tampoco haya comparecido, tras lo cual se dicta propuesta de resolución desestimatoria, al considerar que se ha materializado un riesgo de la intervención de cesárea cuando es repetida, que no se reputa de antijurídico, y que la reclamante está obligada a soportar.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad 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 (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

La reclamante, al sufrir los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida del sistema público de salud, ostenta la condición de interesada para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 (RRP).

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del servicio sanitario a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño.

La interesada ejercitó su derecho a reclamar el 4 de octubre de 2004, dentro del plazo de un año establecido en el artículo 142.5 LPAC, pues la intervención de cesárea, que califica de negligente, le fue realizada el 27 de julio anterior.

En el procedimiento se ha seguido, en líneas generales, lo establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP, con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, que ha excedido en mucho el de seis meses establecido por el artículo 13 RRP.

TERCERA.- Concurrencia de los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas, previsiones que se ven completadas por la regulación

que, sobre la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se contiene en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Los presupuestos de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública son, como reiteradamente ha expuesto la jurisprudencia (por todas, la STS, Sala 3^a, de 21 de abril de 1998):

- a) que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos real, concreta y susceptible de evaluación económica;
- b) que la lesión sea antijurídica, en el sentido de que el perjudicado no tenga obligación de soportarla;
- c) que la lesión sea imputable a la administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos;
- d) que, por tanto, exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, y no sea ésta consecuencia de un caso de fuerza mayor.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1^a, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

La reclamante sostiene que se ha producido una negligencia médica en la intervención de cesárea que le practicaron el 27 de julio de 2004, pues posteriormente se le diagnosticó de una fistula, por la aparición de incontinencia urinaria, que le sumió en una fuerte depresión, sintiendo pánico a una reintervención (sic). Considera que es achacable al equipo médico porque optaron inicialmente por un parto por vía vaginal, desdeñando la opción de cesárea propuesta por ella desde el principio para evitar riesgos innecesarios, habiendo incumplido los profesionales que la atendieron la obligación de medios, en cuanto a la aplicación de todas las técnicas que son normales para la averiguación de un mejor diagnóstico, y prever las dificultades que pueden surgir en el desarrollo de la intervención. También refiere que la actuación profesional debe extenderse a la fase previa, con una puntual información al interesado.

Ciertamente el criterio utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia de responsabilidad patrimonial es el de la "*lex artis*" (por todas, STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001), entendiendo por tal el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado, que tiene en cuenta las técnicas contrastadas y la complejidad y trascendencia vital del paciente, todo ello encaminado a calificar el acto conforme o no al estado de la ciencia (SAN, Sección 4^a, de 27 de junio de 2001). La existencia de este criterio se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la

curación del enfermo (Dictámenes del Consejo de Estado núm. 1349/2000, de 11 de mayo, y 78/2002, de 14 de febrero). Por lo tanto, como recoge la SAN, Sección 4^a, de 19 de septiembre de 2001 "el criterio de la Lex Artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida".

La reclamante, a quien incumbe probar el incumplimiento de la praxis médica en la intervención de cesárea conforme a lo previsto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se ha limitado a sus propias aseveraciones en el escrito de reclamación inicial, pese a que se le ha dado traslado de la historia clínica, y se le ha otorgado dos trámites de audiencia durante el procedimiento, el último de ellos tras el dictamen pericial aportado por la aseguradora del ente público, sin que haya comparecido, ni haya cuestionado sus conclusiones, por lo que conviene destacar que sus imputaciones no han sido avaladas con los correspondientes medios probatorios.

Por el contrario, la instructora rechaza que se hubiera producido una inadecuada praxis médica basándose en los informes médicos obrantes en el expediente, que sostienen que no se ha producido en la atención sanitaria prestada a la paciente, en relación con cada una de las concretas imputaciones realizadas en el escrito de reclamación, que son valoradas seguidamente:

1^a. Sobre la tardanza en la práctica de la cesárea.

La cesárea sólo debe realizarse cuando fracasa el parto por vía vaginal, y no para acelerarlo u otros motivos de índole no clínicos. En este sentido la Inspección Médica señala que la actitud de los facultativos de guardia durante el 27 de julio de 2004 fue la correcta, ya que esperaron a ver cómo evolucionaba el parto por vía vaginal, y cuando se había llegado a una dilatación completa, y el feto no había pasado del primer plano, se decidió la intervención. También contradice la citada Inspección (folio 71) la afirmación de la reclamante respecto a que se le tenía que haber realizado la cesárea antes, al haberle practicado otra en un embarazo anterior, porque no tiene base científica, ni tampoco existe relación en la aparición posterior de la fístula vesico-vaginal, y las 6 horas que transcurrieron hasta la cesárea.

Asimismo el dictamen pericial colegiado aportado por la aseguradora, realizado conjuntamente por 5 especialistas de Obstetricia y Ginecología, destaca que el antecedente de una cesárea no constituye una indicación de cesárea para embarazos posteriores, según el protocolo específico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): "*En general se admite que el parto vaginal después de una cesárea, es un método seguro y práctico para reducir la tasa global de cesáreas. Por ello debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversa baja, dado que la mayor parte de ellas son candidatas a un parto vaginal (...)*". Concluye en la adecuación de la praxis seguida con la paciente con la indicación correcta de cesárea, al no progresar el parto y sospecha de una desproporción pélvico-cefálica.

De otra parte coinciden los citados peritos en que no se puede afirmar que el intento de parto haya podido influir en la aparición de la fístula, pues la existencia de adherencias anormales entre la vejiga y el útero es la posible causa de la lesión vesical, y la posterior fístula, y el intento de parto vaginal, en ningún modo modifica esas adherencias, según exponen, y, por lo tanto, no se puede afirmar que practicar la cesárea, sin trabajo de parto previo, hubiera evitado la lesión que sufrió.

2^a. Sobre la fístula vesico-vaginal aparecida tras la intervención de cesárea.

A este respecto la Inspección Médica coincide con el parecer de los facultativos que la intervinieron en el sentido de reconocer que se trata de una complicación postoperatoria tardía imprevisible en este caso, y que se contempla como posible en este tipo de intervención por el

estado de los tejidos, al existir una cirugía previa.

A mayor abundamiento los peritos de la aseguradora estiman que la fistula se originó por necrosis de una zona de la vejiga que había sido pinzada, suturada o desvascularizada en el curso de la cesárea, y que esta lesión se produce en 1,4 casos por cada 1.000 cesáreas, si bien la mayoría de ellas se producen en cesáreas reiterativas. También que su producción no puede considerarse como una negligencia.

En consecuencia, en el presente caso se ha acreditado que la fistula vesico-vaginal es consecuencia de la intervención de cesárea pero, en ningún caso, se ha acreditado que se produjera por infracción de la *lex artis*, según valoran los distintos informes médicos obrantes en el expediente, no cuestionados por la reclamante, de la que se desconoce su ulterior evolución, al no haber comparecido en el presente procedimiento, si bien el Consejo Jurídico constata en la historia clínica (folio 19) que cuando la paciente acudió a consultas externas de Urología del Hospital Santa María del Rosell, el 29 de septiembre de 2004, el facultativo que la atendió escribe: "*A los 15 días fuga miccional por vagina, actualmente prácticamente no moja, con molestia ocasional, están lactando, y decide no practicar urografía. Explico situación (...)*". A este respecto los peritos de la aseguradora aclaran que se puede producir un cierre espontáneo de la fistula, circunstancia que se da en un 15-20% de los casos, si bien en muchos casos es necesaria la intervención quirúrgica para su reparación.

Debemos llamar la atención sobre la contradicción interna que se aprecia en el informe de la Inspección Médica (folio 71) que, tras afirmar que no existe mala praxis, propone en sus conclusiones que se estime la reclamación, porque la fistula tiene su origen en la intervención, exacerbando la naturaleza objetiva de la responsabilidad patrimonial, cuando se ha destacado en el presente Dictamen que la *lex artis* es el criterio utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para sustentar la existencia de responsabilidad patrimonial, entendiendo por tal el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado. De seguir tal criterio de objetivación sobre la relación de causalidad, nos llevaría a entender que la responsabilidad patrimonial se extendería a cualquier resultado que se produjera en un paciente con motivo de una intervención quirúrgica que se practique en un hospital público, convirtiéndose la Administración en una aseguradora universal, en contra de lo que advierte, por todas, la STS, Sala 3^a, de 14 de marzo de 2005:

"Debemos insistir por ello en que es necesario desterrar la errónea opinión de que cualquier daño o perjuicio derivado de la asistencia sanitaria pública está cubierto por un seguro que garantizaría, en cualquier caso, su adecuada restauración, con olvido de la jurisprudencia que ha repetido incansablemente que el instituto de la responsabilidad patrimonial no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras sociales de todos los riesgos (...) Y porque esto es así, nunca se insistirá bastante en que la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria exige siempre un cuidadoso análisis de los hechos a fin de poder establecer la relación de causalidad entre la actuación del personal a su servicio y el resultado producido, lo que no resulta tan fácil tratándose de la salud, en cuya estabilidad, restablecimiento o pérdida confluyen tantos y tan variados factores". En definitiva el reconocimiento de las limitaciones que presenta la técnica médica, y aun toda la actuación humana, lleva a decir al Tribunal Supremo que pertenece a la naturaleza de las cosas el que "el buen fin de los actos terapéuticos no siempre puede quedar asegurado" (por todas, sentencia de la Sala 3^a, de 17 de mayo de 2004). Por lo demás, el informe de la Inspección que contemplamos arranca desde la perspectiva médica, y no jurídica, en el enjuiciamiento de los hechos y, con ser importante, no alcanza debidamente a sus consecuencias.

CUARTA.- Sobre la información suministrada a la paciente.

La interesada hace referencia tangencialmente en su escrito de reclamación a que "*la correcta*

actuación profesional debe extenderse también a la fase previa, mediante una adecuada y prudente valoración de las circunstancias concurrentes en cada enfermo de los factores de riesgo existentes y de los resultados, favorables o adversos, que previsiblemente puedan derivarse de la intervención o de la inmediatez de la misma, para obtener una correcta conclusión respecto a la indicación médica o quirúrgica que se efectúe, con puntual información de todo ello al interesado".

Nada más concreta la interesada sobre la información recibida, en relación con la intervención de cesárea y sus riesgos, salvo que, tras su realización, y desde las 19,45 horas a las 23,30 horas, su familia no recibe información, por lo que parece contraer la reclamación a este concreto periodo.

Cuando se producen los hechos que originan la reclamación se encontraba vigente la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de la que destacamos los siguientes principios básicos:

1º. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley (artículo 2.2).

2º. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles (artículo 2.3).

3º. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (artículo 4.1).

4º. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (artículo 8.2).

Completamos las previsiones legales, en lo que atañe al derecho a la información y al consentimiento libre y voluntario del paciente, con la doctrina jurisprudencial, recogida, entre otros, en nuestro Dictamen núm. 44/2007, sobre la prueba de dicha información en aquellos supuestos en los que se exige la forma escrita para prestarla, que ha sido interpretado en el sentido de que la ausencia documental no determina automáticamente la antijuricidad del daño, si es factible acreditar por otros medios que se dio información al paciente. En tal caso, es la Administración a la que incumbe la carga de la prueba de la información transmitida (SSTS, Sala 3ª, de 4 de abril de 2000, y 9 de Marzo de 2005).

Aplicado al presente supuesto, resulta probado en el expediente la existencia de consentimiento informado de la paciente a la intervención de la cesárea, aunque no se haya reflejado documentalmente, quizás por el carácter urgente con el que figura en la hoja operatoria -sólo consta la autorización para la analgesia epidural, acompañada de los antecedentes médicos de la madre-, basándonos en sus propias manifestaciones vertidas en el escrito de reclamación, en el que manifiesta que ella sugirió, desde su llegada al hospital, que se le practicara la cesárea, pues varios ginecólogos, que le habían realizado el seguimiento del embarazo, le habían advertido de que dicha intervención era casi segura, porque el bebé era grande. Además a la paciente le habían practicado una cesárea anterior en el año 1999.

Por tanto resulta acreditado en el expediente el consentimiento informado de la paciente a la intervención de cesárea con las notas definitorias de la Ley 41/2002 (artículo 3), en tanto concurre la conformidad libre, voluntaria y consciente de la paciente (la había solicitado a su llegada al Hospital), manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la

información adecuada (así lo manifiesta expresamente), para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

La circunstancia de que apareciera, como consecuencia de la misma, una complicación ulterior (fístula vesico-vaginal), en la que influyeron factores ajenos a la pericia quirúrgica (el haberle realizado una cesárea anterior), según la Inspección Médica, en ausencia de prueba por parte de la reclamante, no convierten, sin más, dicha lesión en un daño antijurídico, pues, el único déficit en el derecho a la información que ella refiere tiene que ver con la falta de información a sus familiares, tras la intervención de cesárea, que contradice seguidamente al afirmar que "la Dra. P. salió con la niña y, después de dar la enhorabuena, le comunicó a sus familiares que la cesárea había sido complicada, aconsejando que no se produjeran más embarazos". Por tanto, corresponde a la reclamante realizar las imputaciones sobre la omisión o deficiencias del derecho de información y, salvo en el aspecto reseñado con anterioridad, no las ha concretado, lo que no permite al Consejo Jurídico entrar a considerar otras variables del llamado Consentimiento Informado, que no han sido cuestionadas por la reclamante, lo que debería tener también su reflejo en la propuesta de resolución.

No obstante lo anterior, conviene destacar, como refiere la propuesta de resolución, que la práctica de la cesárea era la única opción terapéutica posible, tras el fracaso del intento de parto vaginal, por lo que ineludiblemente el nacimiento de la niña debía realizarse por cesárea, de lo que extraemos la siguiente consecuencia, como expusimos en nuestro Dictamen núm. 44/2007: "*pues si, a pesar de existir omisión o defecto de información sobre los riesgos de un determinado tratamiento, éste se aplica correctamente y, además, una persona normal que hubiese sido informada de dichos riesgos hubiera decidido aplicarlo (por ser el único posible ...), y el riesgo se materializa en el daño de que se trate, dicha omisión o defecto de información no desempeña una virtualidad causal en la producción del mismo a efectos de responsabilidad y, por tanto, no debe responderse del daño.*"

En el presente caso la paciente solicitó la aplicación de la intervención de cesárea, por la información que le habían suministrado varios ginecólogos según reconoce, y cuando se consideró por parte de los facultativos de la sanidad pública que la atendieron en el H. N. que estaba indicada, al no progresar el intento de parto vaginal, cuya adecuación a la *lex artis* no se ha puesto en duda por los diversos informes médicos obrantes en el expediente, se le realizó la cesárea a la paciente, única opción terapéutica posible para la extracción del feto, que no está exenta de complicaciones, como bien conoce la reclamante, a quien se le había practicado con anterioridad una cesárea. A este respecto tanto la Inspección Médica como los peritos de la aseguradora afirman que son complicaciones típicas de las cesáreas (esta lesión se produce en 1,4 casos por cada 1000 cesáreas), en ocasiones inevitables.

En consecuencia el Consejo Jurídico muestra su conformidad con la propuesta de resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, al no concurrir el requisito de la antijuricidad del daño.

Por último no se justifica la cantidad global que se reclama, desconociéndose la evolución ulterior de la paciente, a la vista del informe médico ya citado (Consideración Tercera), que constató, a fecha 29 de septiembre de 2004, que "actualmente prácticamente no moja".

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria al no concurrir los requisitos necesarios para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

No obstante, V.E. resolverá.

