



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **272/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de septiembre de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 26 de mayo de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **164/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 27 de marzo de 2008 se presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial formulado por x, dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS) en el que, en síntesis, expresa lo siguiente (a lo que se añaden determinadas circunstancias de relevancia, omitidas por la reclamante).

El día 11 de julio de 2003, siguiendo los controles previstos, se le insertó por su ginecólogo privado x, en su consulta privada, un DIU (dispositivo intrauterino) "*Mirena*". A los pocos meses de su inserción empezó a sentir síntomas de complicaciones con el DIU. El 20 de febrero de 2004 acudió al ambulatorio de Mula, pues presentaba un dolor agudo en la región lumbar irradiado a fosa ilíaca derecha que le impedía realizar desplazamientos (se le prescribió un antiinflamatorio).

El 3 de septiembre de 2005 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario "*Virgen de la Arrixaca*" (HUVA), por presentar un dolor en el hipogastrio de predominio en la fosa lumbar izquierda, siendo diagnosticada de infección del tracto urinario (ITU) por probable cistitis (omite que se hallaron abundantes leucocitos por campo en la observación de la orina, según el informe de la Inspección Médica).

El 19 de octubre de 2005 acude al Servicio de Urgencias del HUVA por dolor en la fosa ilíaca izquierda, y el siguiente 20 se le realiza una ecografía vaginal, que informa de un quiste en el ovario derecho, con el DIU bien alojado en la cavidad, siendo diagnosticada de algias pélvicas inespecíficas. El 25 de octubre de 2005 se le realiza en el Servicio de Ginecología del HUVA una laparoscopia para extirpar los quistes en el ovario derecho y descartar otras patologías (omite, según se desprende del informe de la Inspección Médica, que se visualizó útero y ovario izquierdo normales, ovario derecho con varios folículos, puncionándose y aspirando líquido folicular, informándose de laparoscopia sin hallazgos significativos, pues el resto del aparato genital y el digestivo eran normales, siendo los marcadores normales, concluyendo con diagnóstico de quiste seroso simple de ovario).

El 10 de febrero de 2006 acude al Servicio de Urgencias del HUVA por un cuadro de ansiedad y tristeza, siendo diagnosticada de un Trastorno Adaptivo Mixto (omite que en la consulta refirió problemas familiares e insomnio, según se desprende del informe de la Inspección Médica).

El 4 de mayo de 2006 acude al Servicio de Urgencias Maternal del HUVA por molestias hipogástricas en aumento en la fosa ilíaca izquierda y metrorragias postcoitales y amenorreas desde la fecha de la laparoscopia hasta el 27 de abril anterior, no encontrándose patología ginecológica, diagnosticando y tratando una ITU. El 28 de julio siguiente acude al mismo Servicio por dolor en la fosa ilíaca izquierda, siendo derivada al "*centro de programación ginecológica*" para estudio (en realidad, a la Sección de Oncología Ginecológica). (Omite que, dentro de dicho estudio, el 16 de agosto de 2006 se le realizó una citología cérvico-vaginal o prueba de Papanicolau, con resultado normal, según la documentación anexa al informe de la Inspección Médica).

El 22 de octubre de 2006 acude nuevamente al citado Servicio de Urgencias por dolor en fosa ilíaca izquierda de 72 horas de evolución, realizándose ecografía que informa de folículo luteneizado no roto (LUF) o quiste hemorrágico izquierdo.

El siguiente 27 de octubre se realizó una TAC (a instancia del Servicio de Aparato Digestivo, al que había sido remitida), que confirmó el quiste anexial en el ovario izquierdo (omite que no se observa líquido libre ni ganglios aumentados de tamaño).

El siguiente 7 de noviembre acude nuevamente al referido Servicio de Urgencias, donde advierten abundante flujo amarillento y cérvix ligeramente doloroso a la palpación (omite que sin signos de irritación peritoneal y con leucocitosis, bacteriuria y nitritos), diagnosticándole ITU.

El 4 de mayo de 2007 acude al Servicio de Urgencias del HUVA por dolor inguinal izquierdo de 3 días de evolución, descartándose patología ginecológica.

Añade que, como la sanidad pública no solucionaba sus dolores, acudió a su ginecólogo privado, que le realizó la prueba de Papanicolau (citología cérvico-vaginal, el 11 de julio de 2007) para determinar si existía una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), informando dicha prueba de un "*extendido trófico moderadamente inflamatorio*", prescribiéndole a ella y su marido ceftriaxona y doxiciclina. (La Inspección Médica señala que consta el informe de la prueba, de un laboratorio de Barcelona, pero no del ginecólogo privado).

Asimismo, añade que acudió el 15 de julio de 2007 al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Mula, donde se refleja la sospecha de EIP (en realidad, el parte del Centro se limita a recoger lo referido por la paciente tras su consulta a su ginecólogo privado, y se le prescribe la medicación indicada por éste).

El 23 de julio siguiente acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUVA por dolor en fosa ilíaca (donde refiere que lleva 14 días con doxiciclina por sospecha de EIP), sin diagnóstico (omite decir que se descarta patología urgente, con leucocitosis en orina, la ecografía muestra DIU normoinserito, leucorrea inespecífica y

ovarios sin hallazgos) y que le comenta al especialista *"mi recomendación de retirar el DIU"* (omite que el parte hace constar que la paciente *"prefiere que se le retire el DIU en su ginecóloga"*). No obstante, señala que acude nuevamente a dicho Servicio el 31 siguiente por dolor en hipogastrio, en donde se le retira el DIU (y se la remite al ginecólogo para el jueves siguiente).

Añade que el 12 y el 16 de agosto de 2007 acudió nuevamente al citado Servicio de Urgencias (nada dice sobre la prescrita consulta al ginecólogo), por dolor en la fosa ilíaca izquierda (omite que también por dolor renal izquierdo y por fiebre), realizándosele (en la madrugada del 17) una ecografía de abdomen completo *"por EIP por DIU"*, diagnosticándosele ITU (omite decir que Ginecología de Urgencias descarta patología urgente y que en la ecografía no se encuentran hallazgos significativos, remitiéndola a su médico).

El 3 de octubre de 2007 acude al Centro de Salud de Mula por una crisis de ansiedad (ya había acudido por lo mismo el 14 de agosto anterior).

Finalmente, la reclamante alega que el 11 de noviembre de 2007 se realizó una ligadura de trompas, con fimbriectomía lateral y adherenciólisis (liberación de adherencias laxas), *"con el fin de evitar mayores infecciones"* (la Inspección señala que en la intervención se advierte que los ovarios eran normales y que no se indican signos de infección).

A partir de todo lo anterior, la reclamante considera que los Servicios de Urgencias General y Maternal del HUVA incurrieron en mala praxis, por el diagnóstico tardío de la EIP que dice que sufre, afirmando que, considerando que desde el 20 de febrero de 2004 había presentado los mismos síntomas de dolores hipogástricos en fosas ilíacas, dolores en las relaciones sexuales, abundante flujo amarillento, cérvix doloroso, metrorragias postcoitales, sangrado intermenstrual, dismenorreas con baches amenorreicos y ocasionalmente fiebre, al menos desde el 19 de octubre de 2005, en que conocieron que era portadora de un DIU, que es una circunstancia que favorece la aparición de EIP, dichos Servicios debieron haber sospechado la existencia de tal patología y haber realizado una prueba específica, la tinción de Papanicolau, para detectarla y tratarla, así como haberle retirado entonces el DIU; y, al no hacerlo, tal patología se convirtió en crónica, con las correspondientes secuelas, teniendo que ser intervenida el 17 de noviembre de 2007 (en centro privado concertado -Clínica *"San José"*, de Alcantarilla- por cuenta del SMS) para eliminar, en la medida de lo posible, todas las infecciones y evitar que se extendieran a la zona digestiva.

Debido al alegado retraso diagnóstico y terapéutico, señala que le han quedado las siguientes secuelas, según informe de 17 de marzo de 2008 del Dr. x, especialista en rehabilitación y valoración del daño corporal, que adjunta, valoradas según el baremo para 2008 aplicable en materia de accidentes de circulación:

- Trastorno depresivo reactivo: 5 puntos.
- Adherencias peritoneales con dolor abdominal: 12 puntos.
- Lesiones vulvares o vaginales que dificultan o imposibilitan el coito: 20 puntos.
- Ligero déficit estético secundario a cicatrices quirúrgicas: 4 puntos.

A partir de ello, cuantifica así la indemnización solicitada:

- Por secuelas valoradas en 37 puntos, 56.167,48 euros.
- Por perjuicio estético valorado en 4 puntos, 3.054,44 euros.
- Por 2 días de incapacidad temporal hospitalaria, 129,14 euros.
- Por 20 días de incapacidad temporal impeditiva, 1.049,40 euros.
- Por el 10% de incremento como factor de corrección, 6.040,05 euros.

Reclama, en total, 66.440,51 euros, más la actualización correspondiente al Índice de Precios al Consumo.

Adjunta a su escrito, además del informe ya citado, diversa documentación de su historia clínica, partes médicos de incapacidad temporal a efectos laborales y dos informes:

- El primero, de 15 de febrero de 2008, de su ginecólogo privado, el Dr. x, que expresa lo siguiente:

"Controlada en la consulta desde el 9-IV-99.

1ª Gestación con controles dentro de la normalidad.

Rev. P. Parto el 1-II-2000. Parto 3-IX-99.

Parto con epidural. Mujer 2970 gr.

Contracepción con Harmonet. Controles normales.

IIª Gestación en 2001. Parto 20-VIII-01.

En 2003 inserción de Mirena.

Controles dentro de la normalidad, con sintomatología de contracciones uterinas.

En 2004 controles dentro de la normalidad.

En 2007 Mirena normo inserto.

En 2005 se hizo una laparoscopia, según cuenta la paciente, por un quiste simple. Finalmente en 2007 se retiró DIU".

- El segundo, de 29 de febrero de 2008, del Dr. x, ginecólogo, en el que, tras referir determinados antecedentes de la paciente y realizar varias consideraciones generales sobre la EIP, expresa lo siguiente sobre la praxis médica realizada:

"Esta paciente ha sido explorada por múltiples médicos de la Arrixaca que no se enteraron en el espacio que va desde el 20/10/2003 hasta el 22/10/2006 más o menos de su enfermedad pélvica.

El 22/10/2006, todavía portadora del DIU, dicen que tiene "algias pélvicas crónicas para su estudio" y el 27/10/2006 hacen un TAC acompañado de ecos de líquido en fosa iliaca izquierda y con dolor importante en el coito. Es solo entonces cuando diagnostican una EIP y quitan el DIU.

Dado lo escrito, tomado de la Historia Clínica de esta paciente llegada a mis manos, puedo decir y digo que ha existido UNA GRAVE NEGLIGENCIA en el estudio, exploraciones y tratamientos ad hoc.

(...) En nuestro estudio hallamos una negligencia grave por no haber hecho una exploración detenida en un principio y omitir un diagnóstico precoz, dejando pasar un estado crónico y aunque pueda ser "silente", que no es este caso, con las técnicas avanzadas actuales.

Pienso que el caso de esta mujer fue hasta el punto tomado con desidia o sin interés o exceso de trabajo médico y hasta el punto de creer que tenía una psicopatía, y puede o podía ser, con una enferma con enfermedad crónica que llega a los cinco años sin saber qué enfermedad tiene.

El médico debe "poner toda la carne en el asador" o no estudiar esta profesión, ya que puede causar hasta muertes o convertir enfermedades en tortura.

Otro aspecto de la negligencia por omisión viene siendo no convocar una consulta con otros ginecólogos en reunión para estudio del caso, que tenía posiblemente un diagnóstico difícil y para evitar la espera de años en saberlo, dando lugar a la cronicidad de la enfermedad, con el peligro de graves secuelas, entre (ellas) la psicopatía. También hemos apuntado que un dispositivo intrauterino incrementa mucho el riesgo de una

enfermedad inflamatoria pélvica.

¿Qué pasaría en el cáncer de mama sin diagnóstico precoz? Cuántas y muchas morirían (sic), a pesar de los avances en el tratamiento, pero actualmente casi no mueren, todo ello debido al diagnóstico precoz.

Quiero decir que en los Estados Unidos hay cien mil casos de EIP y mueren ciento cincuenta al año.

Tengo que manifestar aquí que, según me cuenta la paciente, no fue informada de que el DIU Mirena iba a darla trastornos en la regla y tampoco firmó nada sobre este aspecto".

SEGUNDO.- El 8 de abril de 2008, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que se notificó a los interesados.

TERCERO.- Previa solicitud de la instrucción, mediante oficios de 23 y 30 de abril de 2008, la Gerencia de Atención Primaria de Murcia y la clínica "San José" remitieron la correspondiente historia clínica de la paciente.

CUARTO.- Previa solicitud de la instrucción, mediante oficio de 9 de mayo de 2008, desde el HUVA se remitió la historia clínica de la paciente y cuatro informes:

- Informe de 12 de abril de 2008, del Dr. x, Jefe de Sección de Diagnóstico Precoz de Cáncer Genital Femenino y Oncología Ginecológica, en el que expone lo siguiente:

"Leído el contenido de la historia clínica de x, en las páginas 80-81-82-83-84-85 figura que la paciente estuvo en consulta de Oncología Ginecológica el 16 VIII.2006, enviada desde la puerta de Urgencia, donde consultó por dolor pélvico el 28.VII.2006.

En la anamnesis realizada, la paciente refiere dolor en F.I.I. de tipo crónico y menstruaciones escasas por ser portadora de DIU de levonorgestrel (Mirena).

En la exploración clínica realizada no se aprecia patología genital por los medios físicos de exploración, siendo sólo llamativo la falta de delimitación de los anexos. Con la misma fecha se inicia estudio, tomando muestra para citología cérvico vaginal y solicitando estudio ecográfico, más hoja de consulta al Servicio de Aparato Digestivo.

Al tratarse de patología no oncológica cito a la paciente en consulta de Ginecología para la recogida de los resultados y continuación del estudio. Desde esta fecha no he tenido contacto alguno con la paciente ni conocimiento de las actuaciones posteriores".

- Informe de 29 de abril de 2008 del Dr. x, Jefe de Cupo de Ginecología del CE. Dr. Quesada, en el que expresa: *"... he de manifestar que no procede mi contestación en el caso, ya que mi asistencia ha sido siempre en mi consulta privada. Le adjunto protocolos de la S.E.G.O. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) en relación a la anticoncepción intrauterina y a la enfermedad inflamatoria pélvica, por si fueran útiles".*

- Informe de 7 de mayo de 2008, del Dr. x, en el que expone:

"Mi asistencia prestada, según consta en la historia clínica, es un informe de presunción diagnóstico ecográfico de aparato genital, en el que consta útero normal, DIU bien insertado en cavidad, ovario izquierdo normal y ovario derecho con formación quística líquida serosa simple de 4,5 x 2 cm.

Este informe se confirma quirúrgicamente con laparoscopia diagnóstica 5 días después. Se punciona líquido del ovario derecho y se aspira. Resto de aparato genital normal, sin hallazgos inflamatorios anexiales".

- Informe de 7 de mayo de 2008, de la Dra. x, Especialista en Ginecología, que señala:

"Mi asistencia prestada, según consta en la historia clínica, es una intervención quirúrgica por algias pélvicas, llamada laparoscopia diagnóstica, en la que se visualiza útero y ovario izquierdo normales y ovario derecho con varios folículos. Se punciona líquido folicular de ovario derecho y se aspira. Resto del aparato genital normal, sin hallazgos inflamatorios anexiales. Hígado normal. Estómago normal.

Se avisa a Cirugía, ya que no existía patología ginecológica causante de sus algias, para descartar patología intestinal. El cirujano revisa aparato digestivo y no encuentra patología. Aquí acaba mi asistencia prestada a esta paciente".

QUINTO.- Obra en el expediente un dictamen, de 3 de julio de 2011, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por tres especialistas en ginecología y obstetricia, en el que, tras analizar los antecedentes y realizar diversas consideraciones médicas, concluyen lo siguiente:

"1. x acudió de forma repetida a la Urgencia del H.U. Virgen de la Arrixaca por dolores abdominales, siendo diagnosticada de infección urinaria, algias pélvicas, etc. Demanda por el retraso en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica, lo que ha convertido el proceso en algo crónico.

2. El término "enfermedad inflamatoria pélvica crónica" sirve para denominar las secuelas de dolor, esterilidad o lesiones de las trompas provocadas por una enfermedad inflamatoria pélvica aguda. En este caso, no existen datos en la historia clínica de un episodio de enfermedad inflamatoria pélvica aguda insuficientemente tratado que hubiera dejado como secuela la enfermedad inflamatoria pélvica crónica, y si existió, fue anterior a las visitas de la paciente a Urgencias.

3. La presencia del DIU Mirena no está relacionada con el cuadro de dolores ni con la evolución del mismo. La posible relación entre la inserción de un DIU y una enfermedad inflamatoria pélvica aguda se limita a los 3-4 meses postinserción, y los dolores aparecieron 2 años después de la misma.

4. Los diferentes diagnósticos establecidos en las visitas a Urgencias fueron correctos en función de los síntomas, la exploración y las pruebas complementarias realizadas.

5. La prueba de Papanicolau o citología cervico-vaginal no sirve para diagnosticar una enfermedad inflamatoria pélvica. A la paciente se le realizó en Agosto de 2006 con resultado normal.

6. Se realizó incluso una laparoscopia diagnóstica que comprobó que el aparato genital interno era normal, sin signos de enfermedad inflamatoria pélvica aguda ni crónica.

7. La paciente solicitó la esterilización tubárica definitiva, pese a lo cual reclama por las secuelas a nivel reproductivo.

8. En este caso afirmamos que los profesionales intervinientes actuaron en todo momento conforme a Lex Artis ad hoc, sin que existan indicios de mala praxis".

SEXTO.- Solicitado en su día un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 19 de abril de 2013, al que se adjunta nueva documentación de la historia clínica de la paciente, recabada por dicha Inspección. En su informe, tras analizar los antecedentes y realizar diversas consideraciones sobre la EIP, concluye:

"La colocación de DIU y la ligadura de trompas se realizan con la aquiescencia de las pacientes.

El DIU fue colocado por facultativo en consulta privada. No es coherente el intento de culpabilización del sistema sanitario público al hacer recaer la sintomatología sobre la que se reclama en procedimientos no realizados por personal sanitario o en centros sanitarios fuera del sistema nacional de salud.

En su ginecólogo privado realizaba seguimiento tanto en aspectos obstétricos como ginecológicos desde 1999. Según se informa, los controles que se realizaron durante la asistencia en consulta estaban dentro de la normalidad, con sintomatología, en ocasiones, de contracciones uterinas. No se aporta información pormenorizada de esas asistencias y no procede su evaluación.

El DIU no es causa de EIP, sino que en algunos casos es coincidente. Según las características del modelo

implantado en este caso, podría ser incluso material protector.

No tenemos constancia documental del diagnóstico de EIP, de hecho no se halló infección ni en las situaciones de exploración intraabdominal ni en las citologías a las que hemos podido tener acceso.

El planteamiento que realizan de los síntomas que se suceden en el tiempo no corresponde con una explicación fisiopatológica. Inicialmente señalan en los antecedentes de la historia clínica lo que a su juicio justifica la implantación de un DIU y, luego, tras su implantación, los mismos síntomas sirven para justificar la causalidad debida al mismo.

Lo cierto es que la reclamante presenta una historia continuada de algias pélvicas, antes y después de la colocación del DIU, y que no cesaron tras su extracción, que fue estudiada por varias especialidades de una forma exhaustiva, llegando a la exploración quirúrgica. Consideramos que desde el sistema sanitario público se pusieron los medios que secuencialmente se fueron precisando.

No hallamos datos que impliquen responsabilidad del personal del servicio público de salud en la patología por la que se reclama".

SÉPTIMO.- Mediante oficios de 3 de julio de 2013 se otorga a los interesados un trámite de audiencia y vista del expediente, compareciendo a tal efecto el siguiente 16 un representante de la reclamante, presentando un escrito de alegaciones el 26, en el que, en síntesis, expresa lo siguiente:

- No se realizó un diagnóstico precoz, pues desde el 3 de septiembre de 2005, comienzo de los primeros síntomas y conocido ya que la paciente portaba el DIU "Mirena", circunstancia propicia para el desarrollo de la EIP, según un artículo médico que adjunta, hasta que en julio de 2007 su ginecóloga privada, la Dra. x (sic, en el expediente consta que fue el Dr. x) sospechó una EIP crónica, se le dieron otros diagnósticos (cólico nefrítico, lumbalgia, infección del tracto urinario, cistitis, LUF, cuerpo lúteo hemorrágico), siendo finalmente el 25 de abril de 2011 cuando, según afirma, la Dra. x realiza un diagnóstico diferencial de EIP crónica, según un parte de alta de esa fecha del Servicio de Urgencias del HUVA, que adjunta.

- No se realizaron las pruebas diagnósticas adecuadas, pues el día 3 de septiembre de 2005 aparecieron los primeros síntomas de EIP y no fue hasta el 22 de octubre de 2006 en que se le hizo por primera vez una ecografía transvaginal, y el 17 de agosto de 2007 otra abdominal, que, según el protocolo 50 de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, deben hacerse de forma temprana.

- No se instauró el tratamiento adecuado hasta julio de 2007, cuando su ginecóloga privada le instauró un tratamiento empírico para la EIP crónica (ceftriaxona y doxiciclina), que fracasó, siendo tratada últimamente con decapeptyl y análogos, con los que experimentó mejoría, pero que también fue fallido.

- La paciente no ha sido reevaluada tras el tratamiento fallido, porque tras la instauración del último tratamiento

con decapeptyl no consta que haya sido tratada ambulatoriamente en las 72 horas siguientes a su terminación, ni que se haya hecho un control microbiológico mediante cultivos cervicales a los 7-10 días desde la finalización de dicho tratamiento, incumpliendo así el protocolo 50 de la SEGO.

- Según consta en la historia clínica (folio 362), estaba programada para una intervención quirúrgica por síndrome adherencial en el ovario izquierdo adherido a la serosa uterina (folio 366), del que no ha sido intervenida.

Finalmente, la reclamante cita el Dictamen nº 196/08 del Consejo Jurídico de la Región de Murcia que, según afirma, trata de un caso similar.

OCTAVO.- Obra en el expediente, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un dictamen, de 9 de junio de 2013, de ampliación del emitido el 3 de julio de 2011 (Antecedente Quinto), en el que, en síntesis, los mismos facultativos informantes expresan lo siguiente:

"La nueva documentación aportada recoge información sobre la evolución de la paciente posterior a la demanda interpuesta en el año 2008 que no estaba disponible en el momento de realizar el primer informe pericial. Sin embargo, no se modifican las conclusiones emitidas en aquél y que continúan siendo plenamente vigentes. Además, incluye un informe emitido por la Médico Inspector Dra. x en el que se afirma que la actuación médica se realizó de acuerdo a la lex artis.

Como documentación antigua, de la que no se dispuso en el primer dictamen, sólo destacamos el informe de la citología vaginal practicada en la consulta del día 16 de agosto de 2006. En la demanda se decía que la citología fue la prueba que diagnosticó la enfermedad inflamatoria pélvica cuando la paciente consultó en el ginecólogo privado y que si se hubiera practicado en el servicio público se hubiera evitado la evolución de la enfermedad. Aunque en las anotaciones de la consulta constaba su realización, hasta ahora no se había dispuesto del informe, que invalida la acusación de la demanda.

Como documentación nueva se dispone de los informes de control de x en la Consulta de Ginecología del H.U. Virgen de la Arrixaca, donde ha sido revisada por algias pélvicas crónicas. Las múltiples exploraciones ginecológicas realizadas han sido rigurosamente normales, sin palparse masas y sin existir dolor a la movilización uterina ni de los anejos. Tampoco las múltiples ecografías han conseguido encontrar patología alguna a nivel del aparato genital de la paciente.

Sin embargo, por la intensidad y la persistencia del dolor se inició un tratamiento de ablación hormonal con análogos de GnRH en abril de 2011, que mejoró ligeramente a la paciente". (...)

NOVENO.- Mediante oficio de 21 de enero de 2014 (por error, se consigna 2013), se trasladó a la reclamante el anterior informe y se le otorgó un nuevo plazo para presentar alegaciones, haciéndolo el 4 de febrero siguiente mediante escrito en el que, en síntesis, se ratifica en sus previas alegaciones, se remite al informe pericial que aportó en su día, así como a otros documentos que aporta: un dictamen técnico facultativo emitido el 18 de junio de 2009 por el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) a efectos de la normativa sobre dependencia, en el que, entre otras, se hace constar como patología de la interesada una "enfermedad del aparato genito-urinario", sin

especificar, de etiología *"infecciosa"*; un informe de 16 de septiembre de 2009, de una facultativa del INSS, denominado *"informe acreditativo de haber estado sometido a tratamiento por la medicina pública"*, que aporta, en el que se hace constar como diagnóstico el de EIP con determinadas secuelas.

DÉCIMO.- El 14 de mayo de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no acreditarse infracción a *"lex artis ad hoc"* en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama.

UNDÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante está legitimada para reclamar indemnización por los daños, sufridos en su persona, que imputa a los servicios sanitarios del SMS.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende 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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse 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 médica

y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *"lex artis ad hoc"* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La *"lex artis"*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto.

Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Como se desprende de los Antecedentes, se cuestiona la asistencia prestada a la reclamante por los Servicios de Urgencias General y Maternal del HUVA, realizándose por ésta unas imputaciones de mala praxis recogidas de forma no coincidente en sus alegaciones iniciales y finales y en el informe pericial que aporta, al que se remite en el mismo escrito de alegaciones, dando lugar a contradicciones y confusiones que dificultan el análisis de las cuestiones a debatir.

No obstante, teniendo en cuenta, como se expuso en la precedente Consideración, que las imputaciones sobre mala praxis médica, por ser cuestión estrictamente técnica, deben venir reflejadas en informes suscritos por profesionales de la medicina, hemos de centrarnos exclusivamente en lo expresado en el informe médico aportado por la reclamante, de posterior análisis.

Por otra parte, las referencias médicas indirectamente realizadas en forma de cita o remisión a otro caso, el abordado en nuestro Dictamen nº 196/2008, que la reclamante considera análogo, no pueden sustituir el adecuado y completo análisis médico que debe hacerse del concreto supuesto que en cada caso nos ocupa, sin que las consideraciones realizadas en el citado Dictamen puedan, sin más, ser trasladadas al presente caso, máxime cuando en el allí abordado la Inspección Médica partió de reconocer la existencia misma de la EIP en la paciente, y no advirtió retraso en su diagnóstico (Consideración Cuarta, 1), ni en su tratamiento antibiótico, que se consideró adecuado (Consideración Cuarta, 2), encontrándose deficiencias sólo en el control microbiológico posterior a dicho tratamiento (Consideración Cuarta, 4, b). Ello es radicalmente distinto al caso que nos ocupa, en donde, como se expuso en los Antecedentes, la Inspección Médica, al igual que el informe de la aseguradora del SMS, consideran que no se ha llegado realmente a establecer el diagnóstico de EIP, y ello a partir de razonamientos, especialmente el del segundo de dichos informes, de una extensión y detalle que no tiene en modo alguno el escueto informe aportado por la reclamante, que carece sustancialmente de motivación. La simple confrontación del contenido de este informe con el de la aseguradora del SMS ya justificaría el acogimiento de las conclusiones de este último, si bien es el parecer de la Inspección Médica, coincidente con éste, lo que determina, ya necesariamente, que no puedan aceptarse las alegaciones de la reclamante.

Sin perjuicio de lo anterior, deben añadirse algunas consideraciones que abundan en la desestimación de las alegaciones de la reclamante. Así, en cuanto a la actuación diagnóstica pública, el informe de la Inspección

Médica señala que *"el único método para identificarlo de manera definitiva (se refiere a la EIP) es la laparoscopia"*, prueba que se realizó a la reclamante en el HUCA al poco de presentar las primeras algias pélvicas, en concreto, el 25 de octubre de 2005, donde no se hallaron signos de tal patología, como tampoco cuando fue intervenida de ligadura de trompas y liberación de adherencias el 11 de noviembre de 2007.

Asimismo, resulta significativo que el informe emitido por el ginecólogo privado, el Dr. x, que afirma haber tratado a la paciente desde 1999 hasta, al menos, la fecha de su informe, el 15 de febrero de 2008, no señale en ningún momento la existencia de EIP, figurando sólo en el expediente la prescripción de una citología cérvico-vaginal por *"sospecha"* de tal enfermedad, sin que los resultados confirmaran tal patología; tampoco el mismo informe pericial aportado por la reclamante realiza ningún razonamiento sobre su existencia, señalando incluso, cuando el facultativo examina a la paciente, que la exploración es normal, salvo algunas adherencias (que los demás informes imputan a las intervenciones realizadas, es decir, a la laparatomía diagnóstica antes indicada y a la ligadura de trompas).

Si se examina la historia clínica, se advierte que, frente a lo afirmado por la reclamante, no existe realmente, como señala la Inspección Médica, un diagnóstico de EIP, sino que los primeros informes médicos posteriores a la prescripción de antibióticos de su ginecólogo privado por *"sospecha"* de EIP recogen tal impresión y la reflejan como definitiva sin mayor explicación, así como los posteriores informes que cita y aporta la reclamante, pero sin que, como se dice, exista en la historia clínica ningún diagnóstico diferencial y razonado en el que se concluya que tal es la patología de la paciente, como distinta a la existencia de meras algias pélvicas. Así, por ejemplo, en el informe sobre la ecografía realizada el 17 de agosto de 2007 se consigna como motivo de la solicitud *"EPI por DIU que presenta fiebre y dolor abdominal tipo cólico. Leucocitaria y hematuria"*, pero la conclusión del mismo es *"Estudio sin hallazgos significativos"* (f. 38). Asimismo, la Inspección Médica destaca que el informe ecográfico ginecológico de 2 de marzo de 2009 expresa: *"ningún hallazgo de EIP ni otras cosas"*.

En este concreto punto, hemos de remitirnos a las detalladas consideraciones médicas del informe de los especialistas de la aseguradora del SMS, cuya comparación con el informe aportado por la reclamante muestra la endeblez de este último. Y tanto el primero como el informe de la Inspección Médica coinciden en que los servicios de Urgencias emplearon en cada momento la actitud diagnóstica y terapéutica adecuada a las diversas circunstancias por las que la paciente acudió a tales Servicios, cuya función, por otra parte, es tratar las patologías urgentes, derivando a la paciente a las consultas ordinarias de ginecología, sin que conste que la interesada acudiera a las mismas de forma regular hasta el año 2008, tras la ligadura de trompas, sino que desde 2005 a 2008 acudía a su especialista privado que, como se ha apuntado, en ningún momento formula el diagnóstico de EIP que sostiene la reclamante.

Lo anterior conduce, asimismo, a la desestimación de las imputaciones de la reclamante relativas al tratamiento de la EIP que se formulan en su escrito final de alegaciones, sobre lo que no se pronuncia siquiera el informe aportado por aquélla. Y, en cuanto a la alegación relativa a que estaba programada para una intervención quirúrgica por un importante síndrome adherencial en el ovario izquierdo adherido a la serosa uterina, sin que haya sido intervenida, debe decirse, en primer lugar, que no acredita ni reclama por daño alguno relativo a tal alegado retraso; en segundo lugar, el informe pericial que aporta no se pronuncia para nada sobre esta cuestión; y, finalmente, que la referencia a tal programada intervención que se contiene en el informe del Centro de Salud *"Quesada Sanz"*, de 6 de mayo de 2011, no tiene soporte documental alguno; en este sentido, el informe de la Inspección médica, en su detallada exposición de antecedentes, recoge que en 2011 la ecografía ginecológica da resultados normales, siendo la última actuación documentada de la paciente sobre ginecología la consulta realizada el 7 de noviembre de 2012, en que se le realiza un examen completo, sin hallazgos significativos.

A la vista de todo lo anterior, debe concluirse que no puede considerarse acreditada la existencia de una mala

praxis en la asistencia sanitaria pública cuestionada, por lo que, conforme con lo señalado en la Consideración precedente, no existe una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

