



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 161/2018

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 18 de junio de 2018, 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad en funciones), mediante oficio registrado el día 27 de abril de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 125/17), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 3 de febrero de 2016 x, miembro del Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña, actuando en nombre y representación de x, presenta una solicitud de indemnización con fundamento en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), entonces vigente.

El representante expone en la reclamación que su mandante, de 55 años de edad en ese momento, con útero poliomatoso y metrorragias, ingresó el 2 de octubre de 2014 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, para cirugía programada consistente en histerectomía total y doble anexitomía laparoscópica por adenocarcinoma de endometrio.

La interesada presentó en el postoperatorio inmediato distensión abdominal, ausencia de expulsión de gases y puño-percusión renal derecha positiva (dudosa). El día 6 de octubre se realizó una ecografía abdominal que informó de hidronefrosis renal II-III derecha. El día siguiente se practicó una tomografía axial computarizada (TAC) que permitió objetivar la existencia de ureterohidronefrosis. Se sospechó entonces que la clínica de la paciente obedecía a un atrapamiento del uréter derecho.

Por ese motivo, el 8 de octubre se realizó una nefrostomía percutánea. Dada la evolución que presentó desde entonces, el siguiente día 10 se acordó reintervenir a la interesada mediante laparoscopia para llevar a cabo la reparación del uréter, lo que se llevó a cabo el 13 de octubre de 2014. En la operación se colocó una sonda de nefrostomía, un catéter doble J en riñón derecho y una sonda vesical permanente.

Durante el postoperatorio la paciente presentó de nuevo varias complicaciones y el día 21 de ese mes se le practicó una cistografía que objetivó la existencia de una fistula vésico-vaginal. Se diagnosticó asimismo una urétero-hidronefrosis derecha grado II y el 23 de octubre se cambió la sonda vesical. Seguidamente, la reclamante recibió al alta hospitalaria.

El 14 diciembre de 2014, la interesada acudió de nuevo al Servicio de Urgencias del citado Hospital por sufrir múltiples molestias. Se le realizó una ecografía que denotó una hidronefrosis importante. Al día siguiente se le retiró el catéter doble J.

Se le practicó a la paciente el 16 de diciembre una urografía intravenosa que evidenció la dilatación del uréter derecho por proceso obstructivo a nivel pélvico que originó obstrucción parcial. Asimismo, se advirtió trayecto fistuloso a vagina.

Ante la sintomatología de la paciente y los resultados de las pruebas practicadas, se diagnosticó una "*ureterohidronefrosis derecha grado IV por proceso obstructivo a nivel pélvico que originó una obstrucción parcial*" y un "*trayecto fistuloso vésico-vaginal*". Debido a esas circunstancias, el 26 de diciembre se realizó cirugía de reimplante ureteral y de reparación de la fistula citada.

A juicio del letrado, resulta evidente que el manejo quirúrgico de la paciente fue claramente deficiente. Durante la intervención programada de adenocarcinoma de endometrio se produjo una lesión del uréter derecho y una fistula vesicovaginal. Para conseguir su reparación la interesada fue reintervenida los días 13 de octubre y 26 de diciembre de 2014, con sendos postoperatorios largos y problemáticos.

Según explica, su representada sufre en la actualidad dolor abdominal continuado. También añade que, como consecuencia de las tres intervenciones realizadas, se le han causado importantes cicatrices a lo largo del abdomen y, por lo tanto, un perjuicio estético severo, que provoca a la interesada una evidente situación de frustración y de descontento con su cuerpo. Ello se traduce en una negativa valoración personal que afecta a sus relaciones personales y a su estado anímico.

El abogado manifiesta que el resultado acaecido pudo y debió haber sido evitado con un correcto manejo quirúrgico de la histerectomía total, evitando la lesión del uréter derecho y la fistula vésico-vaginal y, en consecuencia, su posterior corrección mediante dos reintervenciones que supusieron un alargamiento innecesario de la hospitalización y situación de incapacidad temporal de la paciente, dolor abdominal no remitente y agravamiento notable de la cicatrización del abdomen, sin posibilidad de reparación.

Por lo que se refiere a la valoración del daño, el representante de la interesada lo fija en la cantidad de sesenta mil euros (60.000 ?).

En relación con los medios de prueba de los que pretende valerse, propone la documental consistente en las historias clínicas de la paciente que obren en los Hospitales *Virgen de la Arrixaca* y *Morales Meseguer* de Murcia.

Junto con el escrito se aportan una copia de una escritura de poder otorgado por la reclamante a favor, entre otros, del letrado actuante, diversos documentos de carácter clínico y cinco fotografías que muestran las cicatrices que se le causaron a la interesada.

SEGUNDO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 18 de febrero de 2016 por la que admite a trámite la reclamación patrimonial y designa a la instructora del procedimiento. Ese acto se le comunica debidamente al letrado de la interesada y se le proporciona la información a la que se refiere el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- El 19 de febrero de 2016 se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- El citado 19 de febrero se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas I (Hospital *Virgen de la Arrixaca*) y VI (Hospital *Morales Meseguer*) de Salud que remitan copias de las historias clínicas de la interesada de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que le atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

QUINTO.- Con fecha 4 de abril de 2016 se recibe una comunicación del Director Gerente del Área I de Salud con la que adjunta una copia de la historia clínica solicitada y cuatro discos compactos que contienen imágenes.

De igual modo, acompaña el informe realizado el 17 de marzo de 2016 por el Dr. x, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital *Virgen de la Arrixaca*.

En ese documento se resalta que entre los antecedentes de relevancia para la operación que presentaba la paciente destacaba su sobrepeso y un útero polimiotomatoso ("saco de patatas", según se describe en el informe ecográfico previo), que constituyan factores que incrementaban el riesgo de que se produjera alguna complicación durante el procedimiento quirúrgico.

Por otro lado, se pone de manifiesto que los facultativos que realizaron la operación tienen una sobrada experiencia y que son expertos en la técnica concreta que se utilizó. También se concreta que se usó un sistema avanzado de sellado vascular.

En el informe se expone que la cirugía se realizó de manera ortodoxa y que no se produjeron incidencias que obligaran a dar pasos imprevistos. También se señala que al finalizar la extracción del útero y sus anejos no se evidenció alteración alguna de la integridad de los uréteres o de la vejiga.

De igual modo, se advierte que en el documento de consentimiento informado, firmado por la paciente el 8 de septiembre de 2014, se refleja claramente que entre las complicaciones inherentes a la cirugía que se podían producir se encontraban las infecciones, las lesiones vesicales, las lesiones ureterales, las fístulas vésico-

vaginales y la necesidad de realizar una reintervención quirúrgica.

Asimismo se explica que es práctica habitual durante el acto quirúrgico que cuando se detecta una lesión vesical o ureteral se proceda a su reparación inmediata, pero resalta que eso no sucedió en la caso de la interesada ya que, al finalizar la intervención, la revisión mostraba la integridad tanto de la vejiga como de los uréteres.

Se manifiesta en el informe que la evolución postoperatoria se complicó con la aparición de una estenosis ureteral derecha distal con hidronefrosis grado II-III que requirió nefrostomía el 8 de octubre. Se realizó una segunda intervención el día 13 de octubre de 2014, es decir, 10 días después de la primera cirugía. En ella se encontró un uréter adelgazado pero de buen aspecto, viable, no seccionado. Se comprobó que no había fuga y cabe decir, por tanto, que no había evidencia de existencia de fistula vésico-vaginal.

De manera literal se señala que "... en la segunda intervención tampoco se evidencia lesión ureteral que requiera implante del mismo (no se realizó reimplante ureteral en ese acto, tal y como afirma erróneamente la demandante), ni se evidencia presencia de fistula vésico-vaginal alguna. Ante esos hallazgos, se opta por la opción más conservadora, es decir, catéter ureteral doble J mantenido y vigilancia".

El 20 de octubre, después de que la interesada refiriera salida de líquido por la vagina, se realizó una cistografía que permitió detectar la existencia de una fistula vésico-vaginal. Hasta esa fecha no había presentado clínica ni los resultados de las pruebas hacían sospechar de dicha fistula.

Por ese motivo, el 26 de diciembre se realizó una intervención de corrección de la fistula y de reimplante ureteral derecho. La técnica que se realiza consiste en la liberación del uréter que en ese momento ya presenta mal aspecto, adelgazado. En consecuencia, se procedió a la sección del extremo distal, se liberó la vejiga y se reimplantó con catéter doble J de seguridad. De otra parte, se procedió a la identificación y liberación de la fistula vésico-vaginal con cierre en tres planos. La paciente experimentó una evolución postoperatoria favorable por lo que fue dada de alta el 7 de enero de 2015.

La evolución con cistoscopia realizada en febrero de ese año reflejó normalidad y se procedió a la retirada del catéter doble J derecho. La cistografía de julio de 2015 arrojó un resultado normal, por lo que la reclamante fue dada de alta por el Servicio de Urología, aunque continúe sus revisiones por parte de Oncología Ginecológica.

De acuerdo con lo que se explica en el informe "El riesgo de lesiones del tracto urinario es inherente a la cirugía ginecológica por la estrecha proximidad anatómica entre los órganos genitales y urinarios. Aunque las cifras son difíciles de interpretar, por la variabilidad de las distintas series y la distinta forma de computarlas, la incidencia de lesiones urinarias en la cirugía ginecológica está entre un 0,2-2,9%, siendo las más elevadas cuando se trata de procesos oncológicos como es el caso de x".

Igualmente se señala que "En la aparición de este tipo de complicaciones no sólo influye el acto operatorio, sino también otros elementos coadyuvantes como patología de base (cáncer de endometrio con invasión vaso-linfática, miomas que aumentan y deforman el útero), infecciones posteriores y lesiones diferidas por isquemia o retracción cicatricial fibrosa, entre otras.

Las lesiones uretrales son más frecuentes en presencia de antecedentes de cirugía pélvica o de circunstancias que alteren la normal anatomía de la pelvis, como la endometriosis, la enfermedad inflamatoria pélvica o los miomas, entre otros. En la inmensa mayoría de las ocasiones, estas lesiones se diagnosticarán durante el postoperatorio. Estudios recientes demuestran que menos de un 15% de todas las lesiones uretrales se diagnostican durante el acto quirúrgico.

Aunque en el caso de x, la laparotomía fue por otros motivos, la necesidad de hacer una laparotomía en el curso del procedimiento inicialmente laparoscópico, y por tanto su secuela en forma de cicatriz abdominal visible, es un riesgo siempre presente. La laparoscopia ofrece una menor capacidad de maniobra al cirujano y por tanto puede ser necesario abandonar esta vía y convertirla en una cirugía abierta para conseguir los objetivos terapéuticos en el 4-10% de los casos. De la posibilidad de convertir una laparoscopia en una laparotomía se informa explícitamente a la paciente cuando se discute la forma de tratamiento en la consulta y posteriormente en el antequirófano.

La complicación presentada por x no parece obedecer al momento del acto operatorio, sino que fue de aparición posterior como así lo demuestran las numerosas pruebas realizadas en su evolución, en dónde la concurrencia de otros factores como infección, fibrosis..., etc. pueden influir favoreciendo la aparición diferida de complicaciones. En efecto, durante la segunda intervención (a los 10 días de la primera) ni se evidenció fistula, ni lesión intrínseca de la integridad ureteral, todo parecía debido al atrapamiento ureteral por fibrosis propia de la primera cirugía, es decir secundario a un proceso inflamatorio cicatricial, retráctil, fibroso tras el acto quirúrgico.

Entre las posibles explicaciones de la aparición de la complicación ureteral/vesical presentada por x estarían, por una lado el atrapamiento fibroso periureteral, secundario a la reacción cicatricial tras la cirugía, cuya dimensión varía en cada individuo, depende de la existencia de infecciones posteriores o de la forma individual de cada paciente para generar sus cicatrices, tanto internas como externas (piel), difícilmente previsibles. Otras razones podrían ser las derivadas de las llamadas "lesiones por isquemia" y lesiones "térmicas", es decir, la coagulación y sellado de vasos con energía bipolar/monopolar, asociada al desprendimiento de calor a los tejidos vecinos, necesaria para la extirpación de su proceso oncológico, puede implicar a vasos tanto de la vejiga como del uréter por su íntima proximidad. Estas complicaciones son difícilmente previsibles y dependen también de la propia anatomía del árbol vascular de cada individuo. Este tipo de complicaciones aparecen días o semanas más tarde, en donde la interferencia de procesos infecciosos añadidos como el que tuvo x pueden provocar el desencadenamiento de las mismas.

En el caso de x, la lesión del uréter/vejiga no puede ser atribuida a una acción quirúrgica directa, sino a la dispersión térmica que produce el sistema de sellado vascular que se utilizó y a las características de cicatrización propias del paciente, además de los procesos infecciosos concurrentes. Así queda patente en la descripción de la segunda intervención realizada entre el servicio de Urología y Ginecología (13/10/14), el uréter estaba íntegro y con buen aspecto, pero retraído por el tejido cicatricial circundante. Hoy día no tenemos forma de medir ni de objetivar esa dispersión térmica durante la cirugía".

De igual modo, se aporta el informe elaborado el 22 de marzo de 2016 por el Dr. x, Jefe de Servicio de Urología, en el que expone lo que sigue:

"Paciente con antecedentes de histerectomía más doble anexectomía laparoscópica efectuada en el servicio de

En el postoperatorio inmediato se diagnostica de hidronefrosis derecha por posibles adherencias cicáticas periuretrales. Con dicho diagnóstico, el día 13/10/2014 se practica liberación ureteral derecha de zonas cicáticas que abrazan el uréter en su tramo distal, no evidenciando fugas ni estenosis intrínsecas. En el mismo acto quirúrgico se realiza cateterismo ureteral derecho retrógrado con catéter doble j sin dificultad. No se aprecia orificio fistuloso vesicovaginal durante cistoscopia.

Unos días más tarde y por probable isquemia vesical aparece una fistula vesicovaginal y nuevo atrapamiento de uréter derecho.

Se decide drenaje de riñón derecho y se pospone la cirugía vesicovaginal una vez se haya estabilizado dicha fistula.

El día 26/12/14 se practica fistulografía vesicovaginal y reimplante ureterovesical derecho. Cursando posoperatorio favorable.

La última revisión por parte de urología fue el día 30/07/15 mediante UROTAC evidenciando buena morfología y función renoureteral bilateral y cistograma sin fugas, por lo que es dada de alta en la consulta de urología para revisión por parte del servicio de oncología".

SEXTO.- El 14 de abril de 2016 se recibe una nota interior del Director Gerente del Área VI de Salud con la que aporta una copia de la historia clínica de la reclamante existente en el Hospital Morales Meseguer de Murcia y otra copia de la historia clínica que obra en el Centro de Salud Murcia/Centro. De igual modo, remite un disco compacto (CD) que contiene imágenes de las pruebas que se realizaron a la interesada.

SÉPTIMO.- El instructor del procedimiento da traslado el 20 de abril 2016 de una copia del expediente a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria para que la Inspección Médica emita su informe valorativo. De igual modo, ese mismo día se le envía otra copia a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

OCTAVO.- Obra en el expediente un informe médico pericial elaborado el 30 de mayo de 2016, a instancia de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, por un médico especialista en Obstetricia y Ginecología. En ese documento se recogen las siguientes conclusiones generales:

"1. Tras el diagnóstico por biopsia de endometrio de adenocarcinoma de endometrio se programa intervención quirúrgica por vía laparoscópica como indican las principales oncoguías y por tanto se ajusta a Lex Artis.

2. Se firman los pertinentes consentimientos informados antes de cada intervención quirúrgica, en los que figuran las posibles complicaciones que se pueden producir como consecuencia de la intervención.

3. La aparición de complicaciones urinarias (lesiones ureterales y fistulas vesicovaginales), es una complicación no deseable pero factible, como figura en el apartado 3c y 3e de complicaciones del consentimiento informado de histerectomía.

4. El manejo y resolución de las complicaciones urológicas surgidas tras la cirugía se ajustan a Lex Artis ad hoc, en cuanto a su valoración y derivación a consultas específicas".

Por último, se destaca como conclusión final que "*La asistencia prestada a x en la intervención realizada en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia se ajusta a Lex Artis, incluso ante la aparición de complicaciones quirúrgicas no deseables*".

NOVENO.- El 8 de noviembre de 2016 se confiere el oportuno trámite de audiencia a la interesada y a la compañía aseguradora para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes, si bien no consta que ninguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

DÉCIMO.- El 17 de abril de 2017 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 27 de abril 2017.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable; legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños personales de carácter físico por los que solicita una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, la interesada fue intervenida por tercera vez el 26 de septiembre de 2014 y fue dada de alta el 7 de enero de 2015. La revisión con cistoscopia realizada en febrero de ese año reflejó normalidad y se procedió a la retirada del catéter doble J derecho. La última revisión en el Servicio de Urología se llevó a cabo el 30 de julio de 2015. Los resultados de las pruebas que se realizaron permitieron evidenciar buena morfología y función renoureteral bilateral y cistograma sin fugas.

En consecuencia, se puede considerar que en ese momento se constató la curación de la paciente y empezó a transcurrir (*dies a quo*) el plazo de un daño para interponer la acción de resarcimiento. Por lo tanto, la reclamación se presentó el 3 de febrero de 2016 dentro del mencionado plazo de prescripción y de manera temporánea, en consecuencia.

IV. 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.

Por otro lado, se debe señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la

emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012.

Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen en los informes médicos que se han aportado al expediente y en el pericial realizado a instancias de la compañía seguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la interesada no ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

Sin perjuicio de lo que se ha expuesto, y dado que se han traído al procedimiento dos informes que analizan la práctica médica desarrollada, además del de la facultativo que atendió a la reclamante, resulta posible efectuar algunas consideraciones acerca del fondo del asunto que, asimismo, conducirían a tener que rechazar la existencia de la pretendida responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual "*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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, 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 (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en 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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como ya se ha expuesto, la interesada solicita una indemnización de 60.000 euros porque, como consecuencia del adenocarcinoma de endometrio que se le diagnosticó, se tuvo que someter a una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia durante cuyo transcurso se le produjo una lesión del uréter derecho y una fistula vesicovaginal. Para conseguir su reparación tuvo que ser reintervenida en dos ocasiones con sendos postoperatorios largos y problemáticos.

Como consecuencia de ello, sufre un dolor abdominal no remitente y un agravamiento notable de la cicatrización del abdomen, sin posibilidad de reparación, que le causa una situación de frustración y de descontento que afecta a sus relaciones personales y a su estado de ánimo.

A pesar de la imputación que realiza de manejo quirúrgico deficiente, la reclamante no ha acompañado su reclamación con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale el contenido de su pretensión indemnizatoria, como exige el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de procedimiento administrativo. Este precepto dispone que "*Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...*" y resulta manifiesto que la interesada no ha desplegado el menor esfuerzo probatorio en ese sentido.

De manera contraria, el análisis de los medios de prueba que se han traído al procedimiento permite a este Órgano consultivo llegar a la conclusión de que no existe relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y los daños que se alegan y de que mucho menos revistan éstos la condición de antijurídicos. Basta para ello con atender las consideraciones que exponen los Dres. x, y, en sus respectivos informes y que se reproducen en el Antecedente quinto de este Dictamen, sin que por su claridad y contundencia resulte ahora necesario reiterarlas.

En relación con la ausencia de antijuridicidad a la que se alude, se debe recordar que en el informe pericial se explica (Conclusión 3^a) que la aparición de específicas complicaciones urinarias (lesiones ureterales y fístulas vesicovaginales) -que pueden llevar aparejadas la necesidad de reintervenir, hay que añadir- suponen consecuencias no deseables, pero posibles, de las operaciones de extirpación de útero y que así se recoge en el documento de consentimiento informado que firmó la reclamante el 8 de septiembre de 2014 (Folios 76 y 77 del expediente administrativo). Por lo tanto, la paciente fue debidamente informada de esos riesgos específicos posibles, los asumió como propios y tiene ahora la obligación jurídica de soportarlos, dado que no se ha demostrado que con ocasión de la intervención referida se incurriera en ninguna infracción de la *lex artis ad hoc*.

Lo que se ha expuesto debe conducir a la desestimación de plano de reclamación formulada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria ya que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, el nexo causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, cuya antijuridicidad tampoco ha resultado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.

