



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **110/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de marzo de 2019, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 27 de noviembre de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **324/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 11 de diciembre de 2015 D.^a X, con la asistencia del abogado D. Y, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria en la que denuncia la deficiente asistencia médica que se le prestó en el Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HSL), de Cartagena, con ocasión del parto de su segundo hijo que tuvo lugar el día 28 de octubre de 2014, a las 19:05 horas.

La interesada expone que cuando comenzaron a manifestarse las señales del parto ella se encontraba perfectamente y explica que las dos noches previas al 28 de octubre había acudido al Servicio de Urgencias de ese hospital porque creía que había llegado el momento, aunque no había dilatado más de 2 centímetros.

Expone que volvió de nuevo el 28 de octubre, sobre las 9:00 h, para someterse a una prueba de monitor. Según relata, le comentó a la encargada de realizar ese examen que había ido a Urgencias las dos noches anteriores y entonces ella le mostró su enfado y le realizó una palpación de forma brusca, muy dolorosa y sin lavarse previamente las manos ni cambiarse de guantes. Recuerda que esa profesional le dijo que *"estarás de unos dos o tres centímetros pero por poco tiempo"*.

Asimismo, manifiesta que su situación empeoró de forma clara diez minutos más tarde y que empezó a sentirse cada vez peor y a sufrir angustias, mareos y mucha sed. Como consecuencia de ello, mientras esperaba la cita con el ginecólogo, comenzó a experimentar escalofríos, convulsiones, mareos y náuseas, hasta el punto de que un determinado momento comenzó a vomitar durante varios minutos.

Ante esa circunstancia, se la trasladó al Servicio de Urgencias de Obstetricia y allí se le puso una vía. A partir de ese momento, volvió a encontrarse mejor de forma que el parto, que se produjo en la tarde de ese día, transcurrió

con normalidad. Durante la noche se sintió bien y descansó sin sufrir ningún dolor o malestar.

Sin embargo, su estado empeoró a partir de las 11 de la mañana del siguiente día 29 de octubre de 2014, aunque los miembros del personal sanitario no le prestaron ninguna atención. El agravamiento se acentuó durante la noche y la madrugada del día siguiente pero sólo consiguió que le dieran un paracetamol. Destaca que durante ese tiempo ningún médico pasó a visitarla. También el día 30 se sentía mal pero, a pesar de sus quejas, no se le realizó ninguna prueba diagnóstica y se le dio el alta. Todo ese día se encontró mal, mareada y muy cansada.

El 31 de octubre acudió al Centro de Salud del barrio Peral y allí perdió el conocimiento por lo que se la trasladó en ambulancia al HSL, donde la ingresó en un primer momento en el Servicio de Urgencias de Ginecología. Manifiesta que en aquel momento se encontraba muy mal pero que no le hicieron ninguna prueba y que sólo más tarde se consideró que la urgencia no era ginecológica por lo que se le dio el alta y se la remitió al Servicio de Urgencias.

En ese servicio se la mantuvo en observación y fue luego intervenida por el Servicio de Medicina Interna, cuyos facultativos le realizaron una laparotomía urgente. A continuación, se la ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) porque presentaba una mala evolución clínica con riesgo de fracaso renal. La reclamante destaca que, aunque durante la laparotomía estuvieron presentes ginecólogas de guardia, esas facultativas indicaron que la infección que sufría no tenía carácter ginecológico.

Tras diversas pruebas se comprobó que la clínica era compatible con un shock séptico con fracaso multiorgánico sin control del foco infeccioso. Después de nuevos estudios, y ante la sospecha de un foco activo de origen ginecológico, se avisó a ese Servicio. Se confirmó una infiltración purulenta en útero, ovarios y trompa, como consecuencia de una sepsis generalizada, por lo que se le tuvo que extirpar la totalidad del aparato reproductor. El 10 de noviembre su estado mejoró lo suficiente como para abandonar la UCI y ser ingresada en planta, donde permaneció hasta recibir el alta por mejoría el 11 de diciembre de 2014.

La reclamante manifiesta que desde ese momento se ha tenido que someter a sesiones de rehabilitación y que experimenta numerosas secuelas que comprenden, no sólo la referida extirpación, sino problemas de retención y vaciado de orina con posible riesgo para el riñón; dolores de espalda a nivel lumbar y en la zona de coxis y sacro, pérdida de fuerza generalizada en el lado derecho del cuerpo y otras dolencias y secuelas que detallará tan pronto como reciba el alta médica definitiva y queden estabilizadas.

Considera que en la asistencia sanitaria que se le dispensó se produjeron varios errores que, relatados de manera cronológica, y sin carácter exhaustivo, son los siguientes:

a) Realización inadecuada de la palpación a las 9:00 h del 28 de octubre.

b) Falta de atención sanitaria a sus indicaciones de que se encontraba mal a partir de las 11 de la mañana del día 29 y durante la parte del día 30 que permaneció en el hospital, sin darle el alta ni realizar prueba diagnóstica alguna.

c) La sepsis producida por una infección que, por una u otra causa, se ocasionó y se produjo durante su estancia hospitalaria.

d) El error del Servicio de Ginecología al no realizar las pruebas diagnósticas adecuadas y no detectar el día 31 que la urgencia revestía carácter ginecológico, así como posteriormente, en su primera intervención, al volver a afirmar que la dolencia no tenía esa naturaleza ginecológica.

Por lo que se refiere a la cuantificación del daño, advierte la interesada de la imposibilidad de realizar esa evaluación por no haberse curado todavía y anuncia que presentará los documentos clínicos que le permitan hacerlo tan pronto como le sea posible.

En relación con los medios de prueba de los que pretende valerse, propone la documental consistente que se aporte una copia de su historia clínica y los protocolos relativos a todas las intervenciones que se le realizaron, así como los documentos de consentimiento informado que firmó.

De otra parte, propone la prueba testifical de cinco facultativos que la atendieron, así como la de su marido y la de su hermana.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación el 13 de enero de 2016, se da cuenta de su presentación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros *Aon Gil y Carvajal, S.A.*

También se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud II-HSL que remitan una copia de la historia clínica de la interesada, los informes de los profesionales que las asistieron, acerca de los hechos descritos en la reclamación, y los protocolos médicos y documentos de consentimiento informado a los que se hizo mención.

TERCERO.- El 12 de abril de 2016 se recibe una nota interior del Director Gerente del Área de Salud mencionada con la que adjunta un disco compacto (CD) que contiene el historial clínico de Atención Especializada de la reclamante.

Además, dos días más tarde, es decir, el 14 de abril se recibe el informe realizado el 31 de marzo por el Dr. D. Z, Jefe de Servicio de Medicina Interna del HSL, en el que detalla las asistencias que le prestaron en su servicio médico a la interesada desde el 10 de noviembre de 2014 hasta que recibió el alta hospitalaria.

De manera concreta, explica que el primer día que se atendió a la reclamante en Medicina Interna fue el referido 10 de noviembre de 2014 por lo que no es cierto que el 31 de octubre fuera intervenida por médicos de ese servicio, como se afirma en la reclamación patrimonial. De hecho, recuerda que la paciente fue operada por vez primera ese día por el equipo de guardia del Servicio de Cirugía General y que la reintervención quirúrgica posterior la llevaron a cabo miembros del Servicio de Ginecología.

Por otro lado, el 18 de abril, tiene entrada el informe elaborado el 11 de abril por el Dr. W, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva, en el que describe la asistencia que se le dispensó a la peticionaria desde el 2 de noviembre de 2014. En particular, reconoce que la paciente ingresó en el Servicio de Medicina Intensiva -no Interna- el 31 de octubre tras haberse realizado la primera intervención referida.

El 12 de mayo de 2016 se recibe el informe realizado el día 5 de ese mismo mes por la Dra. Q, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HSL. En ese informe da cuenta igualmente de la atención que se le prestó a la interesada en ese servicio médico y se expone que el día 29 de octubre de 2014, esto es, el siguiente al del parto, visitó a la paciente la Dra. M, que consideró que el puerperio inmediato evolucionaba dentro de la normalidad (constantes normales, útero involucionado, loquios normales, lactancia materna, se administra gammaglobulina anti-D). También se expone lo que sigue:

"3. En el segundo día de puerperio es valorada por el Dr. N, refiere puerperio sin alteraciones, de curso normal, siendo dada de alta.

4. Tras el alta el día 30/10/14, el día 31/10/14 la paciente reingresa con un cuadro de dolor abdominal y fue valorada en el servicio de urgencias de Ginecología por la Dra. P, realizándose exploración general y ginecológica, toma de constante, incluida la determinación de saturación de oxígeno, analítica general, ecografía ginecológica, ecografía abdominal, sondaje vesical, canalización de vía intravenosa, aplicación de enema, y al no encontrar causa ginecológica en ese momento, se remite de nuevo a puerta de Urgencias para continuar estudio de su proceso.

5. Ya en Puerta de Urgencias según queda reflejado al no encontrar causa de su dolor abdominal, el Servicio de Cirugía le realiza una Laparotomía exploradora, y según consta en el protocolo de la intervención se avisó a los Ginecólogos de Guardia (ese día estaban de guardia la Dra. M y la Dra. P) no visualizándose en ese momento foco ginecológico, el informe del TAC previo descartaba asimismo apendicitis, colecistitis, o abscesos pélvicos entre otros.

6. Según consta en Historia Clínica en UCI fue de empeoramiento, por lo cual tras nueva reevaluación y nueva prueba de imagen (TAC) se observa un útero aumentado de tamaño con una colección hipodensa en cúpula uterino de 9x6.4 cm sugestiva de absceso en miometrio, anejo izquierdo aumentado de 40x41 y ante la sospecha de foco ginecológico, se decide, relaparotomía, estando de guardia los Dres. N y M, si bien se requiere la presencia del Jefe de Servicio ese día 02/11/2014 (domingo) a las 19:00 horas, procediéndose a realizar histerectomía abdominal total y doble anexectomía donde se evidencia signos de material purulento en trompas y ovarios. Tras dicha cirugía queda constancia de que la paciente pasa de nuevo a UCI y posteriormente a planta de Medicina Interna para continuar su recuperación. La paciente posteriormente ha sido vista en Consulta de Ginecología".

CUARTO.- El órgano instructor adopta el 21 de junio de 2016 una decisión por la que admite la prueba documental consistente en los protocolos médicos y los documentos de consentimiento informado firmados por la interesada.

De otra parte, considera innecesaria la práctica de las declaraciones del marido y de la hermana de la interesada por entender que la cuestión a dilucidar es de carácter técnico.

Finalmente, se considera improcedente la práctica de la prueba testifical de los facultativos que asistieron a la interesada por cuanto algunos de ellos ya han emitido los informes que se les han demandado y acerca de las actuaciones de otros ya han emitido también informe los Jefes de los Servicios a los que pertenecen.

En cualquier caso, se concede a la reclamante la posibilidad de que pueda remitir las nuevas preguntas que desee formular a esos doctores.

QUINTO.- El 29 de septiembre de 2016 se recibe una nota interior del Director Gerente del Área de Salud II con la que acompaña el informe ampliatorio realizado el día 21 de ese mes por la Dra. Q, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HSL, como ya se ha dicho. El citado informe es del siguiente tenor literal:

"Ante la solicitud de protocolos de abdomen agudo para pacientes ginecológicas quiero exponer los siguientes apartados:

1. El abdomen agudo entendido como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de aparición brusca y que requiere tratamiento inmediato ya sea médico o quirúrgico.

Solamente en un 2-3% de todos los casos suele corresponder a patología ginecológica por lo que su evaluación inicial por lo general corresponde realizarla por el servicio de urgencias y cirugía general.

2. Cuando tras una valoración inicial existen antecedentes o datos por la anamnesis o por la exploración que apunten un origen ginecológico también corresponde al ginecólogo participar en el diagnóstico diferencial y el tratamiento de forma conjunta con los servicios anteriormente citados, por tanto los protocolos y guías clínicas para la atención del abdomen agudo deben ser multidisciplinarios y adaptados a las circunstancias particulares de cada centro de trabajo.

3. Por tanto nuestro servicio aplica los protocolos de la SEGO (Sociedad española de obstetricia y ginecología) que incluyen las patologías capaces de provocar este cuadro (embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, y otras que van en la guía práctica que adjuntamos).

4. Consideramos que el protocolo de abdomen agudo de nuestro hospital depende inicialmente de parte de los servicios de urgencias y de cirugía general.

5. Y por último esta paciente fue remitida inicialmente a la puerta de urgencias de ginecología, donde fue valorada no encontrando en ese momento causa ginecológica que justificara su cuadro por lo que fue remitida a puerta de

urgencias generales para su valoración por los servicios de urgencias y cirugía general.

Se adjunta:

- Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología de la SEGO.

- Protocolo de estrategia de atención al parto del Sistema Nacional de Salud.

- Protocolo de atención al parto del Hospital General Universitario "Santa Lucía".

SEXTO.- Con fecha 10 de octubre de 2016 se informe a la reclamante y a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (SMS) de la presentación de ese último informe de la Dra. S con el que acompañan los documentos reseñados y se concede un plazo de 30 días para la práctica de la prueba admitida. Sin embargo, no consta que ninguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

SÉPTIMO.- El 23 de diciembre de 2016 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la compañía aseguradora del SMS para que emitan sus respectivos informes valorativo y pericial.

OCTAVO.- Obra en el expediente un informe elaborado el 31 de marzo de 2017, a instancia de la empresa aseguradora mencionada, por una doctora en Medicina y Cirugía y especialista en Ginecología y Obstetricia en el que se contienen las siguientes conclusiones generales:

"- La paciente fue valorada en Urgencias, realizándose las exploraciones habituales. Se siguieron las recomendaciones establecidas en los períodos de dilatación y expulsivo recomendados por la SEGO.

- La paciente fue enviada a domicilio al 3º día postparto, afebril y sin signos de sospecha del cuadro que sufrió posteriormente: peritonitis abdominal.

- Reingresó al 3º día postparto, con diagnóstico de abdomen agudo, que precisó de dos intervenciones para resolver el grave cuadro clínico. Se realizó histerectomía total con doble anexectomía cuando estuvo claro el origen de la infección. No existió error diagnóstico, simplemente el foco inicial de la peritonitis se manifestó más tardíamente.

- Esta situación de peritonitis abdominal sin causa aparente inicial, es un hecho habitual en la práctica clínica. Es lógico esperar a que el tratamiento antibiótico mejore el cuadro clínico y no realizar una histerectomía de entrada, dadas las implicaciones de fertilidad posteriores.

- Este cuadro fue causado por una infección ascendente (los microorganismos alcanzan la cavidad endometrial a través del canal del parto) y no se trata de una infección nosocomial (hospitalaria)".

También se recoge como conclusión final que "La actuación médica fue acorde a la Lex Artis".

NOVENO.- El 15 de noviembre de 2017 tiene entrada el informe valorativo realizado el día 10 de ese mes por la Inspección Médica, con el que se adjunta, como documento complementario, un informe de Neurología en segunda opinión del 17 de agosto de 2016. En el referido informe se formulan las siguientes conclusiones:

"1. Dña. S de 38 años de edad, gestante sana de 39+6 semanas, acude al Servicio de Urgencias del H. Sta. Lucía los días 27 y 28 de octubre de 2014 con dolor por sensación de dinámica uterina, donde se le realizan correctamente las exploraciones necesarias a la gestante y al feto, mediante lo que se estableció que no había comienzo de parto con la correcta recomendación de vuelta al domicilio.

Ese día 28 acude por segunda vez a Urgencias por persistir el dolor, tras la correcta exploración realizada cumple los criterios de ingreso para realizar el parto, que ocurrió sin complicaciones a las 17:05 horas del mismo día 28 de octubre de 2014.

Tras un puerperio inmediato normal, estando asintomática, recibe correctamente el alta el 30/10/2014.

2. El día 31/10/2014 acude a Urgencias de Ginecología del mismo hospital por dolor abdominal, la exploración ginecológica es normal y pruebas ginecológicas sin hallazgos, por lo que correctamente la derivan a Urgencias de General, en la que desde cirugía realizan correctamente una laparotomía exploradora con resultado de peritonitis difusa, sin encontrar causa infecciosa ginecológica. Con el empeoramiento inmediato de la paciente, se le realiza una nueva TAC que evidencia por primera vez hallazgos compatibles con abscesos uterinos como causa ginecológica infecciosa, por lo que desde ginecología se actúa correctamente realizando una histerectomía más doble anexectomía al encontrar una infiltración purulenta en útero, ovarios y trompas y aislamiento de la bacteria estreptococo pyogenes (EGA).

3. De forma retrospectiva una vez ocurridos los hechos, el dolor abdominal (posteriormente comprobado como dolor uterino) y los síntomas inespecíficos en Dña. S desde el día 27 y 28 de octubre y que remitieron, en paciente sana con embarazo y parto normal, estaban enmascarados en el proceso de gestación y parto ocurrido sin complicaciones el 28/10/2014 a las 19:05 horas, puesto que la sepsis urogenital por estreptococo pyogenes (demostrado posteriormente), es difícil de identificar debido a lo poco común de la enfermedad y a su presentación atípica en ausencia de fiebre como ha sido este caso, siendo el dolor abdominal y los síntomas inespecíficos que presentó la paciente desde el día 27 de octubre los únicos síntomas de identificación del estreptococo pyogenes, por lo que el 30/10/2014 tras la exploración que presentaba unos parámetros y clínica compatibles de un puerperio normal, se da correctamente el alta.

4. La infección por estreptococo pyogenes sufrida en la paciente fue extrahospitalaria, puesto que en la segunda

visita a urgencias del 28/10/2014, en la exploración vaginal que la paciente refiere tuvo lugar sin asepsia (de la que no tenemos documentación), la paciente estaba ya contaminada de una bacteria que tiene un período de incubación de 1 a 3 días y ese mismo día ya presentaba los síntomas atípicos de la sepsis por el estreptococo tipo A pyogenes, hallado posteriormente.

5. Por lo que se puede concluir que, durante los días 27 y 28 los síntomas inespecíficos estaban enmascarados por los del parto, y que posiblemente tras el mismo y por vía ascendente, sin evidencia de infección del canal del parto, fuera favorecida la rápida invasión por vía linfática al torrente sanguíneo, provocando el día 31/10/2014 un cuadro de peritonitis difusa purulenta diagnosticada correctamente mediante laparotomía, sin encontrar causa ginecológica en una mujer joven y sin comorbilidad. Desde ginecología se actuó correctamente, puesto que los síntomas inespecíficos de sepsis por EGA en la paciente, la exploración y pruebas de imagen realizadas sin hallazgos no orientaron a foco infeccioso ginecológico, en un diagnóstico difícil en el que normalmente se realizan varias pruebas de imagen sin hallazgos e incluso intervenciones quirúrgicas para intentar establecer un diagnóstico certero, actuando correctamente cuando el resultado de la nueva TAC realizada el 02/11/2014, evidenció por primera vez la causa infecciosa de origen ginecológico y debidamente se practicó la histerectomía y aislamiento de la bacteria pyogenes (EGA). Siendo la histerectomía una medida para salvar la vida en mujeres con afectación invasiva y disfunción orgánica como tuvo la paciente, y en la que no influyó negativamente el alta del día 30 de octubre por la rápida invasión sufrida, en la que el tratamiento que tuvo la paciente el día siguiente sería el mismo.

6. Los profesionales que intervinieron, actuando de forma correcta cumpliendo la "lex artis", salvando la vida de la paciente, en la enfermedad invasiva de naturaleza agresiva, poco frecuente, que en la paciente apareció de forma atípica".

DÉCIMO.- El 20 de febrero de 2018 se confiere al oportuno trámite de audiencia a la reclamante y a la aseguradora del SMS.

El 8 de mayo siguiente se recibe un escrito del abogado D. Y en el que manifiesta que esa parte reitera el contenido de su reclamación, considera que las pruebas que se han traído al procedimiento acreditan la responsabilidad en la que ha incurrido la Administración sanitaria regional y solicita finalmente que se dicte una resolución expresa que le ponga término.

UNDÉCIMO.- El 12 de noviembre de 2018 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial del SMS y, más concretamente, por no existir relación de causalidad entre el daño por el que se reclama, que no puede calificarse como antijurídico, y la asistencia prestada por los profesionales de ese servicio público.

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 noviembre de 2018.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, puesto que versa sobre la propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños de carácter físico por los que solicita ser indemnizada.

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

II. El artículo 67.1 LPACAP determina que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empieza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, la interesada recibió el alta hospitalaria el 11 de diciembre de 2014 y desde entonces se ha sometido a controles diversos en los Servicios de Ginecología, Urología, Medicina Interna y Neurología, además de Psicología Clínica. De igual modo, sigue sometida a rehabilitación.

En consecuencia, no puede considerarse que se haya producido la estabilización de las múltiples secuelas que padece por lo que se debe entender que, aun de forma anticipada, la reclamación se presentó el 11 de diciembre de 2015 dentro del plazo legalmente establecido.

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, aunque se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 91.3 LPACAP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial de la Administración exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivados 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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), 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 3ª, 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.

Ya se ha explicado con anterioridad que la interesada solicita una indemnización -que no ha llegado a cuantificar durante la tramitación del procedimiento- porque considera que se le prestó una asistencia sanitaria deficiente con ocasión del parto de su segundo hijo en el HSL de Cartagena, en octubre de 2014.

Argumenta que se le provocó una sepsis como consecuencia de una infección que, de algún modo, se le ocasionó durante la estancia hospitalaria. Añade que, debido a esa grave afección, se le tuvo que extirpar totalmente el útero y que presenta otras graves secuelas, como problemas de riñón, fuertes dolores de espalda y pérdida de fuerza generalizada en el lado derecho del cuerpo.

Concretamente, denuncia que se le realizó una palpación inadecuada a primera hora del día del parto y que no se prestó atención a sus quejas sobre el mal estado en que se encontraba desde las 11:00 horas del 29 de octubre y hasta que se le dio el alta en la mañana del día 30 de dicho mes. Por último, alega que cuando fue trasladada al hospital el 31 de octubre no se le realizaron pruebas diagnósticas adecuadas y no se detectó que la urgencia revistiese carácter ginecológico, lo que tampoco se hizo después de que se le realizara la primera laparotomía.

No obstante las imputaciones que realiza, la reclamante no ha acompañado su solicitud con los medios de prueba, preferentemente de carácter médico-pericial, que las avalen, a pesar de que así lo exige el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula el principio de distribución de la carga de la prueba y que resulta de aplicación plena en materia administrativa.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído a las presentes actuaciones los informes de varios de los médicos que atendieron a la interesada y de los Jefes de los Servicios respectivos, un informe pericial realizado a instancia de la aseguradora del SMS y el informe valorativo de la Inspección Médica. En esos

documentos no sólo se explican la naturaleza y el alcance de la infección que sufrió, sino que -con fundamento en la documentación clínica aportada- se contradicen varias de las afirmaciones que realiza la peticionaria en su reclamación.

Así, no hay rastro en la historia clínica de que se le hubiera realizado a la reclamante, a las 9:00 h del día del parto, la exploración a la que alude de la manera que describe, esto es, sin que la encargada de llevarla a cabo se hubiera lavado las manos o cambiado los guantes. Tampoco ha ofrecido el nombre de esa persona (lo que hubiera sido normal si es que le practicó una palpación dolorosa, muy brusca y con la falta de medidas de higiene que denuncia), ni ha podido proponer la menor prueba al respecto. De hecho, no ha realizado ninguna alegación sobre esta cuestión después de haber podido examinar el expediente administrativo y de conocer el contenido del informe valorativo de la Inspección Médica, en el que claramente se destaca (Conclusión 4ª) que no existe documentación que respalde esa afirmación.

En otro sentido, en el informe de la Doctora S (Antecedente tercero de este Dictamen) se refuta la alegación de que no se prestó atención a sus quejas durante el puerperio y de que ningún médico pasó a verla, ya que identifica a los facultativos que lo hicieron tanto el día 29 como el 30 de octubre. El examen de la historia clínica y del informe de la Inspección Médica avala además esa afirmación.

Ese mismo informe de la Doctora S sirve para entender que se le dio el alta a la reclamante el día 30 porque se encontraba afebril y asintomática, como se reconoce asimismo en el informe pericial y en el valorativo de la Inspección Médica.

De igual forma, en ese documento se describen las diversas pruebas que se le practicaron a la interesada el día 31 cuando fue recibida en el HSL cuando se la trasladó desde el Centro de Salud donde había sufrido un desvanecimiento, lo que sirve para enervar su alegación de que no se llevaron a cabo esas comprobaciones.

Y, asimismo, se detalla el proceso que se siguió desde entonces y se justifican las razones por las que la paciente, al no considerarse que la causa de la infección revistiera carácter ginecológico, quedara bajo el cuidado del Servicio de Urgencias del Hospital y que fueran miembros del Servicio de Cirugía General los que realizaran la primera laparotomía.

En el mismo sentido, esa Jefe de Servicio también ha explicado en otro segundo informe (Antecedente quinto) las razones -la baja incidencia de casos de patología ginecológica- por las que el tratamiento inicial del síndrome de abdomen agudo corresponde a los Servicios médicos de Urgencias y de Cirugía General.

Todas esas consideraciones, como se ha apuntado, han sido corroboradas en el informe pericial que se ha traído al procedimiento y, de manera muy significativa, en el realizado por la Inspección Médica (Antecedente noveno).

Además, en este último documento se da cuenta de manera muy detallada del carácter de la infección por estreptococo pyogenes que sufrió la interesada y se justifica que revistió naturaleza extrahospitalaria (y no nosocomial) puesto que en la visita que realizó el 28 de octubre -antes del parto- la paciente estaba ya contaminada. Esa afirmación se fundamenta en los hechos de que es sabido que la bacteria en cuestión tiene un

período de incubación de 1 a 3 días y de que ese mismo día ya presentara los síntomas atípicos de la sepsis urogenital por el estreptococo que se halló con posterioridad.

Por ese motivo, se afirma en la Conclusión 5ª que durante los días 27 y 28 de octubre los síntomas inespecíficos estaban enmascarados por los del parto, y que posiblemente tras el mismo y por vía ascendente, sin evidencia de infección del canal del parto, fuera favorecida la rápida invasión por vía linfática al torrente sanguíneo, que provocó el día 31 de octubre el grave cuadro de peritonitis al que se ha hecho mención.

De igual modo, la perita médica que ha intervenido en este caso manifiesta en su informe (Antecedente octavo) que el foco de la infección se manifestó de manera tardía (Conclusión 3ª) y que se produjo una infección ascendente a través del canal del parto, lo que le lleva a considerar asimismo que no se trató de una infección nosocomial, es decir, hospitalaria (Conclusión 5ª).

Lo que se ha expuesto justifica que este Órgano consultivo deba entender que en este caso no se produjo ninguna vulneración de la *lex artis ad hoc* sino que, por el contrario, la actuación sanitaria se ajustó plenamente a la *normopraxis* requerida. Por esa razón, no cabe entender que exista relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público regional y los diversos daños que padece la interesada, que no pueden ser considerados antijurídicos. En consecuencia, procede la desestimación de la reclamación formulada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños que se alegan, cuya antijuridicidad tampoco ha sido acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.