



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 100/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de mayo de 2021, 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 12 de marzo de 2021 (COMINTER 81216/2021), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_065), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 13 de marzo de 2017, un Letrado que actúa en nombre de D.^a X, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por los daños que aquélla dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud.

Según se relata en la reclamación, la Sra. X fue intervenida de miomectomía el 14 de marzo de 2016. En el postoperatorio inmediato presentó un cuadro de shock hipovolémico secundario a un severo hemoperitoneo que precisó de reintervención al día siguiente.

El 20 de julio de 2016, con el diagnóstico de quiste anexial izquierdo, fue intervenida de nuevo por vía laparoscópica para la extirpación del quiste. Consta en el protocolo operatorio que durante esta última intervención se produjo una lesión iatrogénica del recto. Según el protocolo de la intervención, para comprobar la estanqueidad de la lesión rectal se insufla aire por vía anal. Al día siguiente la paciente hubo de ser reintervenida con carácter urgente por una peritonitis fecaloidea masiva secundaria a una perforación del recto-sigma, que determinó la realización de una colostomía, que continúa abierta a la fecha de la reclamación, por lo que la Sra. X continúa portando bolsa de colostomía.

Para la reclamante se produjo una vulneración de la *lex artis* en las intervenciones realizadas el 14 de marzo y el 20 de julio de 2016. En la primera de ellas se ocasionó una lesión iatrogénica uterina con hemorragia postoperatoria no adecuadamente cohibida. Durante la segunda, se insufló aire por vía anal para comprobar la estanqueidad de la lesión rectal que se había producido durante la quistectomía, lo que constituye “*un disparate conceptual y una fuente cierta de peritonitis fecaloidea*”, como se evidenció en el postoperatorio. Se alega, en suma, que el resultado pudo y debió haber sido evitado con una adecuada técnica quirúrgica, diagnóstica y terapéutica en ambas intervenciones, evitando las lesiones iatrogénicas producidas, tributarias de sendas reintervenciones de urgencias, así como de las graves secuelas que sufre la paciente en la actualidad (portadora de bolsa de colostomía, resección anterior del recto-sigma, perjuicio estético por cicatrices abdominales, afectación psicológica importante).

Se solicita una indemnización de 300.000 euros en concepto de secuelas, días de sanidad, daño moral y gastos

de farmacia y material sanitario.

Adjunta a la reclamación se presenta copia de escritura de apoderamiento al Letrado actuante, diversa documentación clínica, así como la acreditativa de la incapacidad temporal en que estuvo la interesada.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 27 de marzo de 2017, se ordena su instrucción al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), al tiempo que solicita de las Gerencias de Área de Salud donde se atendió a la interesada (Hospital Universitario "Los Arcos" del Mar Menor, para las intervenciones quirúrgicas, y Hospital "Santa Lucía", de Cartagena, para las pruebas complementarias) una copia de su historia clínica e informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

Del mismo modo, se da traslado de la reclamación a la Correduría de Seguros del Servicio Murciano de Salud.

TERCERO.- Recibida la documentación solicitada, constan lo siguientes informes evacuados por los facultativos actuantes a requerimiento de la instrucción:

- Informe de la Ginecóloga que intervino a la paciente el 14 de marzo de 2016. Después de transcribir el protocolo quirúrgico con descripción de la intervención de miomectomía y los hallazgos intraoperatorios, así como que la historia clínica muestra que la paciente hubo de ser reintervenida al día siguiente por sangrado postoperatorio, hemoperitoneo y shock hipovolémico, efectúa las siguientes consideraciones:

"La indicación de cirugía mediante miomectomía abdominal ha sido la habitual en este tipo de patologías, ya que se trata de una mujer con un útero miomatoso sintomático, con deseos genésicos y dos miomas de 10 cm aproximadamente. La técnica quirúrgica se realizó de forma reglada según los procedimientos quirúrgicos estándares en la cirugía ginecológica, no observándose complicaciones intraoperatorias, como bien refleja el informe quirúrgico se realizó comprobación de hemostasia y lavado de cavidad abdominal no observando sangrado activo en el momento de finalizar la intervención.

No obstante, el riesgo más comúnmente descrito en la cirugía de los miomas es el sangrado intra o post-operatorio, y las complicaciones derivadas de intervenciones quirúrgicas no son completamente prevenibles o evitables.

A la paciente se le explicaron los riesgos típicos derivados de la intervención de miomectomía, en su caso especial, el gran riesgo de ser necesaria la realización de una histerectomía dado el tamaño de los miomas.

Estos riesgos vienen reflejados en el documento de consentimiento informado para la intervención de miomectomía. que firmó con fecha 25-09-2015, contando con tiempo suficiente para aclarar cualquier duda antes de su intervención el día 14-03-2016, siendo también atendida la semana previa a la intervención quirúrgica de ginecología el día 08-03-2016. En dicho documento de consentimiento informado se menciona: "Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más graves que podrían requerir tratamientos médico-quirúrgicos complementarios, así como, excepcionalmente, comportar un porcentaje mínimo de mortalidad. Las posibles complicaciones específicas de la extirpación de miomas son: hemorragias intra o post-operatorias, lesión vesical o ureteral, lesión de la porción intersticial de la trompa de Falopio, infección (endometritis, miometritis, etc.), adherencias pélvicas y/o intrauterinas, imposibilidad de realizar o completar la miomectomía, apertura de la cavidad uterina y sus repercusiones sobre gestaciones posteriores".

- Informe de la Ginecóloga que intervino de urgencia a la paciente el 15 de marzo de 2016, que pone de manifiesto la necesidad de reintervenir para drenar el hemoperitoneo y resolver el consiguiente shock hipovolémico de la

paciente.

- Informe del Ginecólogo que interviene a la paciente el 20 de julio de 2016 para quistectomía:

"... La paciente firma el consentimiento de intervención, donde se especifica que "las complicaciones específicas de la intervención son: infecciones, lesiones vesicales, ureterales, intestinales, ..."

(...)

El 18/7/2016 (sic, en realidad el 20 de julio), ayudado por la Dra. Y, realizo una laparoscopia, técnica que una vez superadas las dificultades de acceso a cavidad peritoneal dadas laparotomías previas, presenta grandes ventajas en el manejo de su patología, por la visualización aumentada que permite, y además, permite una mejor recuperación de la paciente.

Se aprecia "pelvis congelada, con adherencias firmes de intestino delgado a cara anterior y fondo uterino, y a zona inguinal derecha, y "adherencias firmes de rectosigma a cara posterior de útero y anejos "Así como" pseudoquistes peritoneal en anejo izquierdo y quiste de 3 cm, en ovario izquierdo (folículo hemorrágico) ".

Debido al deseo de la paciente de conservar el útero, ya expresado antes de su primera intervención (miomectomía múltiple) y en la revisión previa del 14/7/2016, ya que tanto en la primera intervención como en la que refiero hubiera sido más sencillo técnicamente y con menos posibilidad de complicaciones, realizar una histerectomía total, se procede a realizar "Adhesiolisis completa, con liberación de útero, trompas y ovarios (para favorecer la fertilidad) y "apertura de quiste de ovario".

Dado que, al despegar rectosigma "se produce dislaceración de mucosa rectal", se "comprueba la estanqueidad con insuflación de aire por vía anal". En el escrito de la reclamación se insiste, repetidamente, en que "se comprueba la estanqueidad (de la lesión rectal yatrogénica) con insuflación de aire por vía anal", siendo la parte entre paréntesis un añadido que no consta en el original. Y sigue: "Naturalmente y como era esperable, la paciente tuvo que ser reintervenida por peritonitis fecaloidea. "

En relación a esto, conviene primero explicar la anatomía del recto. Todo el intestino está formado por tres capas: de dentro a fuera, mucosa, muscular y serosa. Esta última no existe en las zonas en contacto con otros órganos, como la cara posterior de cuello uterino. Cualquier proceso adherencial severo supone que la serosa rectosigmoidea se una a otros órganos, formando una única zona fibrosa imposible de separar y diferenciar.

Por tanto, en cualquier intervención quirúrgica donde sea necesario realizar una adhesiolisis compleja, se va a producir, necesariamente, dislaceración de serosa rectal, sin que eso suponga necesariamente la perforación intestinal, para lo cual sería necesario además la apertura de la capa muscular. Una dislaceración de serosa rectal, sin afectación del resto de capas, no supone, habitualmente, que se produzca una perforación ni la peritonitis subsiguiente.

El añadido "lesión rectal yatrogénica" que aparece en la reclamación entre paréntesis, y no en el informe original, solo puede entenderse como un intento de atribuir a negligencia por mi parte el no haber corregido una lesión que, "naturalmente y como era esperable" (según el abogado) condujo a las complicaciones posteriores.

Más aun, la frase incluida en el protocolo quirúrgico "se comprueba estanqueidad con insuflación de aire por vía anal", indica que, no sólo revisé concienzudamente la normalidad de la estructura tras la intervención, sino que, para mayor tranquilidad, realicé esta técnica, común y aceptada en cirugía rectal, por la que, tras cubrir de líquido la pelvis, se insufla aire en el recto, de tal manera que, si existiera alguna perforación, aparecería como burbujas en dicho líquido.

A pesar de todo, la paciente tuvo que ser reintervenida días después, presentando una lesión rectal de 5cm.

Es evidente que dicha lesión no existía al finalizar mi intervención, dada la revisión y la comprobación de estanqueidad. Por tanto, dicha perforación se produjo en las horas siguientes a la intervención, sin que sea oportuno por mi parte especular ahora sobre el proceso que lleva a una pared intestinal debilitada, pero íntegra, a terminar en una perforación de nada menos de 5cm (...).

- Informe del cirujano que interviene a la paciente el 21 de julio de 2016 para resolución de peritonitis. Describe las actuaciones realizadas con la paciente, tanto en la intervención como en el seguimiento posterior en consultas externas. Se indica que, a la fecha del informe, la paciente se encuentra en lista de espera quirúrgica para el cierre de la colostomía y reconstrucción del tránsito intestinal.

CUARTO.- Solicitado a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección de Prestaciones Asistenciales el preceptivo informe de la Inspección Médica, se evacua el 11 de noviembre de 2020, con las siguientes conclusiones:

"1.- Dña. X de 43 años de edad con útero miomatoso firma el consentimiento informado para miomectomía, que mediante laparotomía se realiza el día 14/03/2016 sin complicaciones intraoperatorias. La paciente una vez en planta presenta como complicación una hemorragia postoperatoria reflejada en el consentimiento informado. Ante la sospecha de un hemoperitoneo, de forma rápida y adecuada mediante re-laparotomía exploradora se realiza un aspirado peritoneal y refuerzo de las suturas. Es alta por mejoría el 19/03/2016.

2.- Cuatro meses después, es intervenida mediante laparoscopia el 20/07/2016 por dolor abdominal por tumoración anexial izquierda complicada previa firma del consentimiento informado.

Se halla un síndrome adherencial frecuente en las cirugías ginecológicas, favorecido en este caso por la laparotomía y re-laparotomías realizadas previamente y que necesitó una adhesiolisis completa.

Posteriormente, aparecen signos sugestivos de peritonitis y se realiza una laparotomía de urgencias el 21/07/2016 en la que destacan como hallazgos intraoperatorios numerosas adherencias de rectosigma a pelvis y perforación de recto medio, donde mediante la anatomía patológica se demostró en el recto una pared con inflamación aguda y algunas zonas de mucosa necrosadas y ulceradas que dio lugar a una peritonitis difusa en pelvis. Estas complicaciones de infecciones y lesiones intestinales aparecen reflejadas en el consentimiento informado para el tratamiento quirúrgico de patología benigna anexial que firmó la paciente. Se necesitó la cirugía de Hartman y la realización de una colostomía terminal en flanco izquierdo, con alta por mejoría el 09/08/2016.

3- La actuación del personal sanitario en todo momento fue correcta y adecuada, sin evidencia de mala praxis".

QUINTO.- Conferido el preceptivo trámite de audiencia a la interesada no consta que haya hecho uso del mismo, presentando alegaciones o justificaciones adicionales a las efectuadas en el escrito inicial de reclamación.

SEXTO.- Con fecha 10 de marzo de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado ni su antijuridicidad.

SÉPTIMO.- Consta que por la interesada se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación, que se tramita ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia con el número de Procedimiento Ordinario 322/2020.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen mediante comunicación interior de fecha 12 de marzo de 2021.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico, y 81.2 LPACAP, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Cuando de daños físicos o psíquicos a las personas se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, lo que determina que la legitimada en el supuesto sometido a consulta sea la propia paciente.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPACAP, toda vez que se ha ejercitado el 13 de marzo de 2017, antes del transcurso de un año desde la primera de las intervenciones quirúrgicas a las que la interesada pretende imputar los daños padecidos, y ello sin necesidad de entrar a considerar la fecha, muy posterior, de estabilización o curación de las lesiones alegadas, a la que el indicado precepto legal vincula el *dies a quo* del plazo prescriptivo.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, sin que se aprecien carencias esenciales, toda vez que constan realizados todos los preceptivos.

Conviene destacar la ausencia de prueba por parte de la reclamante de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga le corresponde en exclusiva. En el supuesto sometido a consulta, el informe médico de los facultativos actuantes y el de la Inspección Médica no han sido cuestionados o rebatidos por la parte actora a través de las correspondientes alegaciones y pruebas en el trámite de audiencia que se le ha otorgado. Las consecuencias de la omisión de dicha actividad probatoria por parte de la interesada serán analizadas en ulteriores consideraciones. Baste ahora con recordar el carácter de prueba esencial que en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 27 de junio de 2001, según la cual *“quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”*.

Por otra parte, la circunstancia de que se haya interpuesto por la reclamante el correspondiente recurso

contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 21.1 LPACAP) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues la interesada podría desistir o solicitar la ampliación del recurso a la resolución expresa. En todo caso, antes de adoptar la resolución que ponga fin al procedimiento habrá de comprobarse si ha recaído sentencia para abstenerse, en caso afirmativo, de dictarla.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

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 32 y siguientes LRJSP 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 de 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

La actuación del médico 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.

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).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPACAP (10.1 RRP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que *"en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes"*.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración regional.

Para la reclamante, durante las intervenciones quirúrgicas a que se sometió los días 14 de marzo y 20 de julio de 2016 se produjo una infracción múltiple de la *lex artis*. En la primera de ellas se ocasionó una lesión iatrogénica uterina con hemorragia postoperatoria no adecuadamente cohibida. Durante la segunda, se insufló aire por vía anal para comprobar la estanqueidad de la lesión rectal que se había producido durante la quistectomía, lo que constituye *"un disparate conceptual y una fuente cierta de peritonitis fecaloidea"*, como se evidenció en el postoperatorio. Se alega, en suma, que el resultado pudo y debió haber sido evitado con una adecuada técnica quirúrgica, diagnóstica y terapéutica en ambas intervenciones, evitando las lesiones iatrogénicas producidas.

Esta alegación está íntimamente ligada al criterio de la *lex artis*, pues se pretende vincular la producción del daño con la actuación de los facultativos intervinientes en la asistencia sanitaria, la cual ha de ser valorada y analizada desde la ciencia médica, determinando en qué medida aquélla se ajustó o no a los parámetros de una praxis adecuada y correcta.

La valoración de la actuación facultativa, para establecer en qué medida la intervención, tanto en su indicación como en su desarrollo se ajustó a las exigencias médicas de esta práctica, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Ahora bien, como ya se anticipó, la interesada no ha traído al procedimiento un informe pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis. Esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es al actor a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la *lex artis* que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico aforismo *"necessitas probandi incumbit ei qui agit"*.

En cualquier caso, los informes técnicos que sí obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada a la paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis, como de forma singular se desprende de la valoración crítica que de ella efectúa la Inspección Médica, a cuyas razonadas conclusiones, reproducidas en el Antecedente cuarto de este Dictamen, cabe remitirse en orden a evitar innecesarias reiteraciones.

Baste señalar ahora que tanto la Inspección como los facultativos actuantes sostienen que todas las actuaciones desarrolladas durante las intervenciones quirúrgicas fueron adecuadas a normopraxis y que las complicaciones que surgieron durante y a consecuencia de su realización estaban contempladas como riesgos en los documentos de consentimiento informado firmados por la paciente. Tales complicaciones, además, se afirma que no surgieron como aplicación indebida de técnicas o procedimientos quirúrgicos inadecuados o inapropiados ni por una ejecución descuidada de los gestos quirúrgicos, sino que cabe considerarlas como inherentes a la cirugía realizada, sin que su materialización haya de vincularse necesariamente con una práctica contraria a la *lex artis*.

Por otra parte, los facultativos intervinientes, tras describir los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo sobre la paciente manifiestan de forma expresa que la técnica quirúrgica aplicada se llevó a cabo según los procedimientos estándares aceptados en la cirugía ginecológica y rectal.

Así, en relación con la técnica que ha merecido una crítica expresa por parte de la reclamante, consistente en insuflar aire por vía anal para comprobar la estanqueidad intestinal tras la adhesiolisis practicada, el ginecólogo que la realizó manifiesta que no sólo es una técnica común y aceptada en cirugía rectal, sino que además demuestra que se revisó de forma concienzuda la normalidad de la estructura tras la intervención. Las afirmaciones de la reclamante que tildan esta técnica de "*disparate conceptual*" no han sido corroboradas o apuntaladas con informe médico alguno que pueda oponerse a la consideración del cirujano acerca de la normalidad de dicha técnica, cuya realización en el contexto en que se llevó a cabo tampoco ha merecido el reproche de la Inspección Médica, que efectúa una valoración crítica positiva de la asistencia quirúrgica dispensada a la paciente.

En consecuencia, procede desestimar la reclamación en la medida en que no se ha acreditado la quiebra de la *lex artis* alegada por la interesada, lo que excluye la concurrencia de los elementos a los que el ordenamiento anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular, el nexo causal entre el servicio público sanitario y el daño alegado así como la antijuridicidad de éste.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

No obstante, V.E. resolverá.