



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **325/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de diciembre de 2022, 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 1 de julio de 2022 (COMINTER 195953) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 5 de julio de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_226), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 14 de noviembre de 2016, D.^a X presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración regional en solicitud de una indemnización por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamante que el 5 de julio de 2013 dio a luz a una hija en el Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” de Murcia, mediante parto vaginal asistido con espátulas. Tras el parto y debido a un episodio de atonía uterina fue objeto de revisión quirúrgica, con legrado y sutura de un pequeño desgarro en la comisura cervical izquierda, a pesar de lo cual persistió la hemorragia vaginal que presentaba, que precisó de embolización de las arterias uterinas. Durante los días siguientes y tras recibir el alta hospitalaria, hubo de solicitar nueva asistencia sanitaria, siendo diagnosticada de endometritis puerperal y con sospecha de una fístula vesicovaginal que se confirma mediante cistografía el 13 de agosto de 2013.

Mientras espera ser intervenida por Urología para el cierre quirúrgico de la fístula, se le diagnostica por Ginecología de un síndrome de Ashermann el 7 de octubre de 2013.

El 16 de diciembre, es intervenida por primera vez de la corrección de la fístula, con recidiva posterior. Se realizan

nuevas cirugías los días 31 de marzo de 2014, 12 de mayo de 2015 y 17 de noviembre de 2015, sin conseguir el cierre de la fístula, como se apreció en el último control de octubre de 2016.

Durante todo este período, la reclamante afirma haber padecido diversos episodios de infección urinaria y molestias derivadas de portar una sonda vesical.

Considera la actora que ha sido víctima de un funcionamiento anormal del servicio sanitario durante el parto y la asistencia posterior, a consecuencia de la cual se le ha provocado una fístula vesicovaginal, una endometritis puerperal y un síndrome de Ashermann, cuyo diagnóstico se retrasó hasta el 26 de octubre de 2013, evidenciando todo ello una omisión de medios generadora de responsabilidad.

Solicita ser indemnizada, en una cantidad que no concreta, por los conceptos de *“período de incapacidad temporal una vez se alcance la sanidad, las secuelas, incapacidad permanente, daños morales y gastos”*.

Pide, asimismo, que se incorpore al expediente una copia de su historial clínico y que se le informe acerca de la eventual existencia de seguro de responsabilidad civil que cubra los daños reclamados.

A efectos de notificaciones designa el despacho de una Letrada y adjunta a la reclamación diversa documentación clínica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 23 de noviembre de 2016, se ordena la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial 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 recaba de la Gerencia del Área de Salud que prestó la asistencia una copia de la historia clínica de la paciente y el informe de los facultativos que le prestaron la asistencia por la que se reclama.

Del mismo modo, comunica la reclamación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

TERCERO.- Remitida por la Gerencia del Área de Salud I la documentación solicitada, constan los informes de los Servicios de Obstetricia y Ginecología, de Urología y de Radiología Intervencionista.

- El del facultativo de guardia del Servicio de Obstetricia y Ginecología que atendió el parto y el postoperatorio inmediato, se expresa en los siguientes términos:

“La paciente X es recibida en urgencias del bloque maternal del HUVA el 05 de Julio de 2013 a las 12:04 por contracciones y período activo de parto.

Tras un periodo de dilatación de parto adecuado, se decide finalizar el parto a las 20:58 del 05 de Julio de 2013, utilizando las espátulas de Thierry ante el registro cardiotocográfico fetal no tranquilizador, que muestra deceleraciones variables de repetición, para salvaguardar la salud fetal.

El expulsivo instrumental cursa de manera sencilla y sin incidencias. No hubo ninguna afectación de vejiga, ni esfínter rectal ni cara anterior vaginal tras la revisión rutinaria del canal del parto. El recién nacido presenta test de Apgar, peso y pH de gases de cordón adecuados.

En el postparto inmediato, aparece una hemorragia aguda. La hemorragia aguda postparto, (HPP), puede aparecer hasta en un 10% de los partos. La mayor parte de las veces, de manera súbita e imprevisible. Es la primera causa de muerte materna en países desarrollados, siendo la responsable de cerca del 20% de las mismas. En España por ejemplo, esta mortalidad materna sería de 1,7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos. Casi en dos terceras partes de los casos de HPP no se identifica ninguna causa, aparece de forma imprevisible sin existir factores de riesgo asociados. Cuando existe una posible causa, la atonía uterina es la etiología más frecuente de HPP ya que está implicada en más de la mitad de las veces, como en este caso ocurrió. La HPP es una situación extremadamente grave, que produce un riesgo vital real sobre la mujer.

Se actuó de forma rápida y escalonada basándonos en nuestro protocolo actualizado del manejo multidisciplinar de la hemorragia postparto:

1º Se revisó el canal del parto en paritorio, como en cualquier parto instrumentado.

2º Se utilizó masaje uterino y tratamiento médico escalonado con fármacos uterotónicos, según nuestro protocolo (oxitocina intravenosa, metergin intramuscular, cytotec rectal). Como no se contuvo la hemorragia, a las 23:00h del 05 de Julio de 2013 se pasa a quirófano para seguir actuando, nuevamente siguiendo el protocolo.

3º Legrado uterino con legra roma, no cortante, y taponamiento uterino con balón de Bacry, con llenado de 450 cc de suero fisiológico.

Hasta aquí mi participación como ginecólogo de guardia ese día. Se actuó de manera rápida y siguiendo nuestro protocolo de hemorragia aguda postparto.

Tras estabilizar a la paciente, se decide contactar a las 2:00 am del 06 de Julio de 2013 con Radiología intervencionista, y consensuadamente, realizar por su parte la embolización selectiva de arterias uterinas, procedimiento que afortunadamente disponemos en nuestro hospital y que también está reflejado en la guía de actuación de la hemorragia postparto del HUVA. La hemorragia postparto cesó con estos procedimientos, utilizando todos los medios disponibles en nuestro hospital. Afortunadamente se evitó el tener que realizar la histerectomía obstétrica (extirpación del útero), cirugía de alto riesgo en esas circunstancias. Al conservar el útero además, existe alguna posibilidad de conservar la fertilidad futura.

El síndrome de Asherman o adherencias uterinas, de origen multifactorial, se diagnostica mediante la sospecha clínica, la ecografía vaginal y la histeroscopia. Puede aparecer tras semanas o meses de las intervenciones previas, no de forma aguda ni inmediata. Estas pruebas se realizaron en nuestro servicio de Ginecología.

Como cualquier acto médico, la embolización por angiografía de las arterias uterinas, tiene por desgracia, complicaciones a corto y largo plazo de gravedad variable. Entre estas complicaciones, se describen en la literatura el dolor pélvico, la necrosis del útero y la vejiga, la amenorrea temporal ó permanente, esterilidad secundaria, la endometritis, la aparición de adherencias uterinas, la descarga de material necrótico por vagina, la aparición de fístulas, etc.

La actuación obstétrica que es la que me concierne, queda explicada. Para obtener más información sobre las posibles complicaciones descritas de la embolización arterial de las arterias uterinas en la hemorragia postparto, el manejo y tratamiento de las mismas, el abordaje quirúrgico de la fístula, el seguimiento actual, etc. puede contactar con la sección de radiología intervencionista y el servicio de urología, que es donde están siguiendo a la paciente en los 2 últimos años, a la espera de corregir definitivamente la fístula vesico-vaginal existente”.

- El informe del Servicio de Urología, por su parte, se expresa en los siguientes términos:

“Paciente remitida a nuestra consulta para valoración tras diagnóstico de fístula vesicovaginal, como resumen de la evolución clínica: En el contexto de un parto instrumentalizado con espátulas presenta hemorragia/ atonía uterina el 05/05/2013, que precisa la realización de una intervención quirúrgica urgente con legrado, balón de Backry y taponamiento vaginal. Dos horas después y tras la no resolución del caso, se procede a realizar embolización de arteria uterina. En el postoperatorio presenta necrosis vesical y uterina que desemboca en fístula vesicovaginal. Por lo que la derivan a nuestra consulta para valoración.

El día 29/07/2013 se realiza Uretrocistoscopia apreciándose salida de orina por vagina y evidenciando zona de necrosis con fibrina en retrotrígono y cúpula, el 13/08/2013 se realiza cistografía que evidencia fístula vesicovaginal, con este diagnóstico se decide realizar fistulografía.

Se realiza corrección de fístula vía vaginal el día 16/12/2013, con limpieza y exéresis de los bordes de la fístula y cierre en dos planos, sin buena evolución con recidiva de la fístula, por lo que se decide nueva intervención.

El día 31/3/2014 se realiza nueva cirugía de fistulorrafia vesicovaginal vía abdominal siendo alta portadora de sonda vesical. Tras esto se realizó cistografía el 22/05/2014 sin evidenciar fístula, apreciándose reflujo bilateral grado IV, y días posteriores a la realización de dicha prueba la paciente presentó sepsis postmanipulación urinaria. Posteriormente la paciente refiere escapes de orina sin evidenciar en exploraciones recidiva de fístula, se pide nueva cistoscopia y cistografía y un estudio urodinámico.

Cistografía 19/09/2014: "Se advierte imagen de fístula a espacio retrovesical no apreciándose paso de contraste a vagina, no se evidencia reflujo." En el estudio urodinámico se evidencia incontinencia mixta con urgencia

miccional.

Uretrocistoscopia 09/10/2014: zona abollonada a nivel del trígono cerca del meato izquierdo que podría corresponder a fístula aunque no se evidencia orificio claro. Por vagina se aprecia pequeño orificio.

Ante los resultados de estos se decide programar para cirugía. El 12/05/2015 se realiza cierre vaginal de la fístula, con interposición del colgajo vaginal. A los 14 días de la intervención comienza con salida de orina vía vaginal, diagnosticándose de recidiva de fístula vesicovaginal.

En noviembre de 2015 nueva intervención para nuevo intento de cierre vía abdominal, sin apreciarse en cistografía posterior de diciembre 2015 recidiva de la fístula.

La paciente refiere persistencia de la clínica, por lo que se realiza el 29/04/2016 nueva cistoscopia donde no se aprecia claramente fístula, ni salida de material colorante, pero se observa mínimo manchado vaginal.

En octubre de 2016 se explora a la paciente evidenciándose persistencia de la fístula en fondo vesical, motivo por el cual está pendiente de nueva intervención quirúrgica”.

- El informe de Radiología Intervencionista se expresa como sigue:

“Se recibe llamada por el servicio de ginecología, a las 2'00 horas de la madrugada del día 06/07/2013, presentando el caso de la paciente X, refiriendo que presentaba un cuadro de atonía uterina ya tratado con todas las medidas ginecológicas posibles, sin éxito, y que presentaba un sangrado masivo que había condicionado una inestabilidad hemodinámica con alto riesgo para la vida de la paciente, por lo que solicitaban una embolización de arterias uterinas de urgencias.

La hemorragia post parto es una de las principales causas de muerte materna en todo el mundo.

La embolización de arterias uterinas es un tratamiento de radiología vascular intervencionista que, en el caso de atonía uterina, se realiza de forma urgente y consiste en acceder por las arterias femorales a las hipogástricas, con catéteres vasculares y de forma selectiva y distal con microcatéteres, acceder a las arterias uterinas para introducir en ellas material embolizante reabsorbible, y de esa manera ocluir momentáneamente el flujo de sangre hacia el útero, con el fin de parar el sangrado. La embolización selectiva de arterias uterinas es un tratamiento probado seguro y evita en muchos casos la muerte o una histerectomía traumática, dejando a la mujer sin posibilidad de otra gestación.

En la literatura se han descrito casos de áreas de necrosis post embolización cuando se usa material no reabsorbible como es el caso de esferas de poly-vinyl-alcohol. No hemos encontrado en la literatura ningún caso

de fístula vésico vaginal post embolización de arterias uterinas, utilizando material reabsorbible como el que utilizamos para tratar a la paciente (cutanplast). Podríamos decir por nuestra parte que la formación de una fístula vésico vaginal post embolización selectiva de arterias uterinas con material reabsorbible es extremadamente raro.

Las fístulas vésico vaginales están descritas desde el siglo XVII y comenzaron a ser tratadas en el siglo XIX con J. Marion Sims como pionero, esto mucho antes de que se inventara la embolización supraselectiva de las arterias uterinas.

Existe mucha literatura médica sobre la etiología y condiciones que predisponen a sufrir una fístula vésico vaginal como una infección (endometritis) o en un parto prolongado instrumentado, etc. La fístula vésico vaginal post-obstétrica es una lesión causada por la presión directa sobre un área amplia durante un período prolongado por la parte del feto que se ha quedado atrapada durante el trabajo de parto. Esto resulta en un área grande de isquemia tisular. Las fístulas posquirúrgicas tienden a ser pequeñas y aisladas, y están rodeadas de tejido sano. Las fístulas de origen obstétricas, por otro lado, tienden a ser mucho más grandes: (rango 0'1-8cm) y 2'5 cm de ancho (rango 0'1-10 cm).

Teniendo en cuenta la misma fisiopatología, el balón de SOS Backry® (cook) cuya acción terapéutica consiste en hincharse dentro de la cavidad uterina a una presión mayor que la sanguínea, para lograr el colapso vascular, podría condicionar o favorecer una lesión isquémica. Desconocemos si hay casos descritos en la literatura. No obstante, ninguna técnica médico quirúrgica está exenta de posibles complicaciones y tanto las actuaciones ginecológicas, como la nuestra, solo tenían la intención de salvaguardar la vida de la paciente, cosa que con la embolización selectiva de arterias uterinas realizadas por esta parte se consiguió al poner fin a la hemorragia que venía presentando la paciente y que ponía en riesgo su vida. Para obtener más información sobre causas obstétricas o causas infecciosas puerperales y su relación con la aparición de fístulas vésico vaginales, sugerimos contactar con el servicio de ginecología”.

CUARTO.- Solicitado el 17 de enero de 2017 el preceptivo informe de la Inspección Médica, se evacua cinco años más tarde, el 15 de marzo de 2022, con las siguientes conclusiones:

“1. Doña X fue atendida de manera correcta en su proceso de parto acaecido el 5 de julio de 2013. El parto fue instrumentado con espátulas, naciendo una niña sana.

2. Tras el parto se presentó una atonía uterina que desencadenó una grave hemorragia a la que se le puso el tratamiento adecuado, rápido y escalonado, recomendado por las sociedades científicas. Dentro del tratamiento para detener la hemorragia, se realizó legrado uterino, se puso balón de Bakri y se embolizaron las arterias uterinas.

3. Por alguna causa que no se puede definir con exactitud, pero que ocurrió en el manejo del parto o en el tratamiento de la hemorragia posterior al mismo, se produjo una necrosis vesical con fístula vesico vaginal que fue reiteradamente intervenida por recidiva, hasta su corrección final con histerectomía asociada, en marzo de 2017.

4. El S. de Ashermann que presentó, tiene su causa en las cicatrices por la manipulación uterina que se le realizó. Fue adecuadamente diagnosticado y no influyó en el devenir clínico de la paciente.

5. Las actuaciones de los profesionales tanto en el proceso de parto como en la HPP fueron acordes al buen hacer”.

QUINTO.- Conferido el 23 de marzo de 2022 el preceptivo trámite de audiencia a la interesada, no consta que haya hecho uso del mismo mediante la presentación de alegaciones o justificaciones adicionales a las que formuló y acompañó a su reclamación inicial.

SEXTO.- Con fecha 30 de junio de 2022 la unidad instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no ha quedado acreditada la concurrencia de todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño causado, ni su antijuridicidad. Y ello porque no se ha probado por la actora que en la asistencia sanitaria que le fue dispensada se incurriera en mala praxis.

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 del pasado 1 de julio de 2022.

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 14 de noviembre de 2016, antes del transcurso de un año desde la última de las intervenciones quirúrgicas que perseguían resolver la fístula vesicovaginal por la que reclama y que tuvo lugar el 17 de noviembre de 2015.

En cualquier caso, según se desprende del expediente, ni siquiera esta fecha determinaría el comienzo del cómputo del plazo de prescripción del derecho a reclamar, pues la referida intervención no habría conseguido el cierre de la fístula y la paciente, a la fecha de ejercitar la acción resarcitoria, estaba pendiente de ser intervenida de nuevo, por lo que no puede considerarse que el daño físico reclamado estuviera estabilizado o curado, circunstancias a las que el indicado precepto legal vincula el *dies a quo* del plazo prescriptivo.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPACAP para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, el de la Inspección Médica y el trámite de audiencia a la interesada, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos. Únicamente cabe advertir de la excesiva tardanza en evacuar el informe de la Inspección Médica, que determinó una inaceptable paralización del procedimiento durante cinco años.

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.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

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, actú a 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 al funcionamiento del servicio público sanitario.

Para la reclamante, la fístula vesicovaginal que se le manifestó tras el parto fue consecuencia de una defectuosa asistencia sanitaria, incurriéndose además en una omisión de medios cuando no se le diagnosticó el Síndrome de Ashermann hasta más de tres meses después del alumbramiento.

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. Pues como se ha señalado *supra*, sólo si se aprecia la concurrencia de una quiebra de las leyes del buen hacer médico podrá vincularse causalmente el daño padecido con el funcionamiento del servicio público y podrá apreciarse, asimismo, la antijuridicidad del daño.

La valoración de la actuación facultativa, para establecer en qué medida las actuaciones desarrolladas por los facultativos durante el parto y la asistencia postparto ante la aparición de la hemorragia se ajustaron 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, la interesada no ha traído al procedimiento una prueba adecuada y suficiente para generar la

convicción acerca de la concurrencia de la mala praxis alegada, en particular, un informe pericial que sostenga sus alegaciones. Adviértase que de la sola consideración de la documentación clínica obrante en el expediente, no puede deducirse de forma cierta por un órgano lego en Medicina como es este Consejo Jurídico, que la producción de los daños por los que se reclama fuera causada por una asistencia facultativa contraria a normopraxis. 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 a la actora 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, reseñadas en el Antecedente cuarto de este Dictamen, cabe remitirse en orden a evitar innecesarias reiteraciones y que coinciden con las apreciaciones contenidas en los informes evacuados por los Servicios de Obstetricia y Ginecología, de Urología y de Radiología Intervencionista.

Baste señalar ahora que dichos informes alumbran diversas etiologías para la fístula por la que se reclama, la cual pudo producirse bien por un proceso enteramente natural y ajeno a la actuación médica como es la presión ejercida por los movimientos del feto sobre las estructuras anatómicas de la madre próximas al útero, bien por cualquiera de las intervenciones dirigidas al alumbramiento o a la coerción de la hemorragia postparto que sufrió la paciente y que resultaron necesarias para salvar su vida.

Ahora bien, que el daño físico se produzca con ocasión de la prestación del servicio sanitario no es determinante por sí solo de su carácter indemnizable, pues de lo contrario y como se ha apuntado en la Consideración anterior se produciría una objetivación exorbitante de la institución de la responsabilidad patrimonial que tendría por efecto la constitución de la Administración Pública en una suerte de aseguradora universal de cualesquiera daños que sufrieran los ciudadanos con ocasión de la prestación de los servicios públicos, lo cual desnaturalizaría la figura de la responsabilidad patrimonial.

Para que un daño acaecido en el contexto de la prestación del servicio público sanitario sea indemnizable han de concurrir, además, las notas de causalidad jurídicamente adecuada y de antijuridicidad.

En efecto, para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial administrativa se necesita acreditar una adecuada relación de causalidad entre la actuación sanitaria cuestionada y los daños por los que se solicita indemnización, lo que exige, a su vez, examinar dicha causalidad desde dos perspectivas: a) una meramente fáctica, en el sentido de verificar que los daños tienen su origen en la cuestionada actuación (u omisión, en su caso) médica sin entrar a analizar inicialmente la corrección de ésta, y ello porque dicha relación causal fáctica es, junto a la acreditación de daños, un presupuesto inicial esencial del instituto de la responsabilidad patrimonial; y b) otra perspectiva, de carácter jurídico aunque ligada también a la ciencia médica, a analizar en un momento lógico posterior a la primera, que consiste en determinar si, aun proviniendo fácticamente el daño de la cuestionada actuación u omisión sanitaria, ésta fue contraria o no a la “*lex artis ad hoc*” médica, pues de no serlo la relación de causalidad entre los daños y dicha actuación sanitaria habría de considerarse como no adecuada, en términos jurídicos, a efectos de generar responsabilidad patrimonial, dada la obligación de medios y no de resultados exigible en este ámbito a la Administración sanitaria.

Pues bien, la reclamación se basa únicamente en la primera de las causalidades, es decir, en su dimensión

fáctica, esto es, en la constatación de un daño y en la pretendida existencia de una relación causa-efecto entre la prestación sanitaria y aquél, pero sin llegar a efectuar la actora alegación alguna que permita identificar con una mínima precisión qué actuación médica de las muchas que se practicaron para la atención de la paciente fue constitutiva de mala praxis o qué pruebas diagnósticas, tratamientos o actuaciones en general habrían debido practicarse o implementarse y no se hizo, para fundamentar su genérica imputación de omisión de medios. Expresada en tales términos, la reclamación difícilmente puede prosperar, máxime cuando por la Administración se han traído al procedimiento diversos informes médicos que de forma expresa sostienen el ajuste a la “lex artis” de toda la asistencia prestada. Alguno de dichos informes, incluso, apunta una causalidad fáctica del daño ajena al servicio sanitario, es decir, que la fístula tenga su origen en las intervenciones y actuaciones facultativas peri y post parto, apuntando como causa alternativa, atendido el tamaño de la lesión, a *“la presión directa sobre un área amplia durante un período prolongado por la parte del feto que se ha quedado atrapada durante el trabajo de parto”* (informe del Servicio de Radiología Intervencionista).

En cualquier caso, aun aceptando que la causa física de la fístula fueran las intervenciones efectuadas sobre la paciente durante o tras el alumbramiento de su hija, lo cierto es que todos los pareceres médicos obrantes en el expediente amparan la actuación facultativa y de forma explícita la califican como acorde a normopraxis, en el sentido de ser aquéllas necesarias para el desarrollo del parto o el control de la hemorragia postparto, estar plenamente indicadas y haberse desarrollado con la técnica adecuada.

Frente a dicho consenso técnico médico acerca del buen hacer de los facultativos que prestaron la asistencia, la interesada no ha llegado a probar que se incurriera en mala praxis durante el desarrollo de las intervenciones quirúrgicas y que tal actuación fuera la causante del daño por el que reclama. Resulta significativo que no haya intentado rebatir los pareceres médicos existentes en el expediente con ocasión del trámite de audiencia, habiendo omitido, además, la aportación de una prueba suficiente para la acreditación de una eventual infracción de la “lex artis”, prueba que en atención a los extremos sobre los que habría de versar y como ya se ha dicho, habría de ser un informe médico pericial que sostuviera su reclamación.

En ausencia de prueba de mala praxis y correspondiendo su carga a quien pretende la reparación del daño, no puede darse por acreditada la existencia de una vulneración de la “lex artis ad hoc” y, en consecuencia, no concurre la necesaria relación causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco puede considerarse acreditada.

Corolario de lo expuesto es que no concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación.

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, al no haberse acreditado la concurrencia de los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el funcionamiento público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.

