



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 66/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de marzo de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 28 de diciembre de 2023 (COMINTER 313835) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 2 de enero de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_001), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 7 de marzo de 2017, D. ^a X presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el Servicio Murciano de Salud.

Relata la interesada que, sobre las 23:58 horas del sábado 24 de septiembre de 2016, ingresó en el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia (HUVA), con embarazo a término y signos de parto. La parturienta tenía antecedentes de septoplastia histeroscópica.

Desde las 0:00 horas del día 25 de septiembre de 2016, controlada y monitorizada, se advirtieron por las matronas de guardia complicaciones en la evolución, como deceleraciones y aceleraciones y dolor, por lo que se aplicó buscapina, así como bradicardias. No consta si fueron puestas en conocimiento de los facultativos de guardia y se esperó al parto natural.

El parto se produjo con ventosa a las 7:40 horas del domingo día 25 y nació un varón con 3.325 kg de peso y apgar 9-10-10. El parto fue asistido por la Dra. ..., *"que enseguida dejó su puesto de trabajo sin volver a tener ningún contacto con ella, ni que conste la debida coordinación con el equipo de guardia entrante, ni información sobre las circunstancias del parto. Quedé sin control alguno por parte de ningún ginecólogo, con grave déficit de la preceptiva atención post-parto"*.

Advertida, *"no por ningún ginecólogo"*, una importante hemorragia con una severa hipotensión, y ya bajo la dirección de otra ginecóloga, se hizo necesaria una urgente intervención quirúrgica, que permitió comprobar la existencia de un desgarro en espesor uterino de parametrio izquierdo con compromiso vascular importante y sangrado profuso, útero atónico y subinvolucionado y hemoperitoneo. Ante la imposibilidad de conseguir la hemostasia de la zona, que estaba muy deflecada, hubo que practicar una histerectomía total, *"que pudo haberse evitado de haber mediado la debida asistencia y control post-parto por facultativo ginecólogo"*.

Solicita la interesada una indemnización de 300.000 euros por los daños derivados de la intervención quirúrgica, y el perjuicio moral inherente a la incapacidad de volver a ser madre en el futuro.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, de 26 de marzo de 2017, se ordena la instrucción del procedimiento 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 (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia del Área de Salud concernida por la reclamación una copia del historial clínico de la interesada y el informe de los facultativos que prestaron la asistencia por la que se reclama.

Del mismo modo, se comunica la reclamación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud.

TERCERO.- Consta en el expediente la documentación clínica remitida por la Gerencia del Área de Salud I y los siguientes informes de los facultativos actuantes:

- El de la ginecóloga que atendió a la paciente durante el parto, que, tras detallar las actuaciones llevadas a cabo durante el período previo al expulsivo, informa como sigue:

“... La evolución del periodo de dilatación es completamente normal, con buen progreso de la dilatación y un RCTG tranquilizador en todo momento, y no precisando más pruebas para comprobar el bienestar fetal. No hubo ninguna complicación que las matronas tuvieran que poner en conocimiento de los facultativos de guardia. Aun así, éstos valoraron el MNE [monitorización no estresante] sobre las 5:25 a instancias de la matrona, y lo consideraron normal. No se producen deceleraciones ni bradicardias como indica la reclamante, pero sí aceleraciones, que son signo de bienestar fetal. Por otro lado, el dolor durante un periodo de dilatación no debe considerarse una complicación, sino un hecho inherente al mismo parto. Se administró analgesia epidural a las 1:35 sin incidencias, precisando un bolo de rescate sobre las 4:30 y siendo efectiva hasta el final del parto, incluido el alumbramiento y la sutura de la episiotomía.

(...) Sobre las 7:15, y saliendo yo de quirófano de realizar una cesárea urgente, es requerida mi presencia en paritorio por la matrona a cargo de Dña. X. En ese momento la paciente está realizando pujos, la dilatación es completa y la cabeza se encuentra coronando, en III-IV plano de Hodge. Decido aplicar una ventosa tipo Kiwi para alivio del expulsivo por cansancio materno, produciéndose en 2 tracciones exitosas el nacimiento a las 7:40 del 25/09/2016 de un RN varón de 3.325 gr de peso, con apgar 9-10-10 y Ph de cordón 7.37/7.20. A continuación se produce espontáneamente el alumbramiento con placenta y membranas íntegras, como queda reflejado en la hoja de parto.

Procedo a suturar la episiotomía y a revisar el canal blando del parto, tal como está protocolizado tras un parto instrumental. Compruebo que el útero está contraído y que no hay sangrado activo. Igualmente compruebo la integridad del periné y de las mucosas vesical y rectal mediante sondaje vesical y tacto rectal. Si el parto causa lesiones, como afirma la reclamante, no hay en ese momento signos ni síntomas de alarma, que puedan hacer sospechar dichas lesiones.

Tras comprobar que todo está bien, escribo una nota sobre mi actuación en el partograma electrónico y doy la enhorabuena a X, a su marido y a su madre, que la han acompañado durante todo el parto, los cuales se muestran felices y agradecidos.

Salgo del paritorio sobre las 8:00 para seguir atendiendo al resto de pacientes del área de paritorio y Urgencias, quedando el control del posparto inmediato a cargo de la matrona, tal como indica el protocolo de atención al parto normal seguido en nuestro hospital. A las 9:00 dejo mi puesto de trabajo, por supuesto tras entregar el busca y dar el pase de guardia al equipo entrante y comunicándoles efectivamente el parto de Dña. X, ya que se trata de la hija de una compañera.

(...)

Durante el postparto, según refleja el partograma electrónico, a las 8:17, la matrona a cargo de Dña. X al tomar las constantes vitales tal como está protocolizado, detecta una hipotensión y, al no evidenciar ningún sangrado vaginal avisa inmediatamente al anestesista de guardia, ya que los episodios de hipotensión son frecuentes en pacientes con analgesia epidural. El facultativo indica, según consta en partograma electrónico, un bolo de efedrina y un expansor de volumen, remontando la TA. Según recaba el partograma electrónico, al cabo de unos minutos se detecta un nuevo episodio de hipotensión, esta vez acompañado de mareo y sensación de opresión torácica, avisando de nuevo la matrona al anestesista y éste, tras administrar nuevo bolo de efedrina y cursar analítica urgente, avisa al ginecólogo, que desde ese momento se hacen cargo de la situación, remontando a la paciente de su estado de shock, buscando diligentemente la causa del mismo, hallándola (hemo peritoneo) y procediendo de inmediato a indicar la laparotomía urgente, advirtiéndole ya de entrada a la paciente y a sus familiares de la eventual necesidad de realizar una histerectomía para salvar la vida a Dña. X.

(...)

De igual modo, añadir que no hubo ningún déficit en la preceptiva atención de Dña. X ni durante el parto ni en postparto, y que dicha atención se ajustó a protocolo en todo momento.

Adjunto protocolo y vía clínica de asistencia al parto en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, al que nos ajustamos todo el equipo obstétrico en todas y cada una de las actuaciones realizadas en el proceso de parto de Dña X".

- El del equipo de guardia del Servicio de Ginecología, que relata las actuaciones realizadas sobre la paciente tras el relevo de la guardia que había atendido el parto, y que contesta a las manifestaciones de la reclamación en los siguientes términos:

"1- Con respecto al hecho tercero de la reclamación: Como en todas las guardias se hizo un parte de guardia físico, relatando lo acontecido en la previa e informando de las pacientes que en ese momento estaban en dilatación. Teniendo por tanto conocimiento del parto normal de Dña. X.

2- Con respecto al hecho cuarto de la reclamación: La paciente en ningún momento presentó una hemorragia vaginal importante, solamente un cuadro hipertensivo (cuadro clínico muy frecuente en pacientes sometidas a analgesia epidural) que requirió asistencia y administración de drogas vasoactivas por parte del anestesista de guardia. Ante la no respuesta al tratamiento administrado (con persistencia del estado hipotensión) avisan al ginecólogo de guardia que realiza la valoración antes descrita. Y se decide laparotomía urgente ante la gravedad del caso.

El control postparto fue el adecuado según el protocolo de asistencia al parto normal, no debiéndose el desenlace a ningún déficit en la preceptiva atención post parto. No se pudo evitar en ningún caso la histerectomía obstétrica debido a que la importancia del desgarro del útero hizo imposible la reconstrucción del mismo. Con todo lo expuesto anteriormente considero que la actuación por parte del equipo de guardia fue la adecuada y correcta siguiendo protocolos para evitar un desenlace fatal para Doña X".

- Informe de la matrona que atendió a la paciente durante el parto. Tras detallar las actuaciones realizadas sobre la paciente durante el proceso, se indica que todos los parámetros evaluados durante el puerperio inmediato

estaban dentro de la normalidad (útero contraído, sangrado normal).

CUARTO.- Solicitado, el 19 de julio de 2017, el preceptivo informe de la Inspección Médica, se evacua el 24 de mayo de 2023, con las siguientes conclusiones:

"1. La gestante primípara de 35 años y 10 meses de edad presentaba como antecedente ginecológico relevante la intervención de histeroscopia quirúrgica en el año 2015 para la resección de septo uterino.

2. El embarazo controlado y seguido conforme a lo establecido como buena práctica respondía a una gestación única que en el momento de inicio del parto se encontraba en el estadio de 39+ 4 semanas.

3. La gestante ingresa en el Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca desde el Servicio de Urgencias a las 23:56 horas del día 24-09-16 por dinámica uterina y periodo activo de parto. A las 00:50 horas del día 25-09-16 tras valoración por la matrona es trasladada al área de dilatación. Siendo controlada y monitorizada (RCTG. MNE) con asistencia de ginecóloga y matrona según la Vía de Asistencia al Parto del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, vigente.

4. El inicio del parto es espontáneo, con rotura de la membrana artificial y aplicación de anestesia epidural. Se realiza episiotomía medio lateral sin desgarro del periné y se utiliza ventosa (KIWI) para facilitar la salida del feto que venía en presentación cefálica, el alumbramiento es espontáneo y la placenta esta íntegra.

5. El parto asistido por ginecóloga y matrona transcurre sin incidencias reseñables con el nacimiento a las 07:40 horas día 25-09-16 de un varón de 3,325 kg de peso con un Apgar de valoración 9 en el primer minuto, 10 a los 5 minutos, y 10 a los 10 minutos y pH de cordón 7,37/7,20. Se valora por ginecóloga obstetra el estado de la madre post-parto con resultado de normalidad. Se produce relevo de facultativos por finalización turno de guardia de ginecóloga y matrona.

6. En el registro del partograma se recoge sobre las 08.17 horas la detección por la matrona signos de hipotensión sin evidencia de sangrado vaginal, siendo avisado el anestesista de guardia. Prescribiendo este efedrina y expansor de volumen (sueroterapia IV), generándose como consecuencia una subida momentánea de la tensión arterial de la parturienta. Tras un nuevo episodio de hipotensión con nuevo bolo de efedrina, analítica urgente y la paciente presentando sensación de opresión torácica y mareos, se avisa al equipo de ginecólogos/as de guardia que valoran ginecológicamente a la paciente, que se encuentra con hipotensión, taquicardia y deterioro del estado general. El resultado es: sangrado vaginal normal para el puerperio inmediato, no existencia de hematoma (Tacto rectal y vaginal), abdomen timpánico, distendido y doloroso con sospecha de hemoperitoneo. Se realiza ecografía de urgencia en paritorio con resultado de útero sin restos placentarios en su interior, hemoperitoneo masivo que alcanzan ambos flancos y espacio de Morrison.

7. Se decide con el consentimiento de la paciente laparotomía diagnóstico/terapéutica para, tras la sospecha de rotura uterina, establecer la necesidad de realizar una cirugía conservadora que resuelva la hemorragia y en caso necesario la realización de histerectomía obstétrica si no se consigue controlar el sangrado. Se firma consentimiento informado por parte de la paciente para procedimiento de laparotomía ginecológica (diagnóstica y terapéutica) e Histerectomía con las correspondientes autorizaciones de consentimiento anestésico.

8. La paciente es intervenida de urgencia en quirófanos por hemorragia post parto que compromete su vida entre las 10:15 horas y las 13:05 horas del día 25-09-16, encontrándose desgarro de un 50% del espesor de la pared uterina de 6x5 en cara posterolateral en parametrio izquierdo sin comprometer la mucosa endometrial, pero sí compromiso de los vasos del ligamento ancho así como hematoma que diseca la cara paravesical y sangrado profundo con imposibilidad de hemostasia parcial de toda la zona que está muy deflecada así como hemoperitoneo de unos 2,5 litros por lo que se decide realizar histerectomía obstétrica ante la imposibilidad de garantizar un buen resultado mediante cirugía conservadora. La decisión adoptada durante la intervención (histerectomía obstétrica) es correcta y se ajusta a los protocolos científico técnicos acordes con la lex artis ante estas situaciones críticas que comprometen la vida de la paciente. La evolución posterior es buena y sin incidencias reseñables.

9. La rotura uterina es un hecho poco frecuente y raro. La rotura uterina sin cicatriz previa es un evento raro: 1/5.700-1/20.000 embarazos. En la serie presentada por Zwart la tasa encontrada es de 5,9/ 10.000 embarazos; el 87% de ellas en un útero con cicatriz previa, siendo la incidencia de 5,1 y 0,8 cada 10.000 mujeres con o sin cicatriz uterina, respectivamente. Entre los factores a los que puede ser asociada se encuentran Trastornos de la matriz de colágeno (Debilidad intrínseca de la pared -enfermedad de EhlersDanlos tipo IV) y arquitectura anormal del útero. Es posible que este último factor pudiera estar implicado etiológicamente en este caso por los antecedentes ginecológicos de la paciente.

10. La atención prestada durante el proceso de parto y la evolución del mismo por parte de facultativos/as de ginecología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca fue adecuada, conforme a los protocolos y vías de actuación establecidas conforme a lex artis recogidas entre otros por la Vía de Atención al Parto vigente en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. De forma específica la decisión adoptada durante la intervención (histerectomía obstétrica) es correcta y se ajusta a los protocolos científico técnicos acordes con la lex artis ante estas situaciones críticas que comprometen la vida de la paciente. La evolución posterior fue buena y sin incidencias reseñables. La consecuencia derivada de la histerectomía obstétrica, -la imposibilidad gestacional derivada- es la opción inevitable del balance riesgo-beneficio que comprometía sin remedio, si esta extirpación uterina no se realizaba, la vida de la madre”.

QUINTO.- El 5 de julio de 2023 se confiere a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia. Comparece en su representación una Procuradora, que solicita que se le dé traslado del expediente administrativo completo, con ampliación del plazo para la presentación de alegaciones. Asimismo, designa para la defensa de la interesada a dos Letrados, respecto de uno de los cuales aporta la correspondiente escritura de apoderamiento. Del mismo modo, se acredita la representación con que actúa la Procuradora.

SEXTO.- Con fecha 11 de septiembre de 2023, la actora presenta alegaciones para impugnar el informe de la Inspección Médica, que no toma en consideración diversos antecedentes personales de la paciente (patología uterina previa) y actuaciones realizadas durante la asistencia al parto (maniobra de Kristeller) que pudieron influir en la complicación sufrida en el post parto, en el tiempo comprendido entre el alumbramiento y la cirugía urgente a que hubo de ser sometida la parturienta, período éste que, según la alegante, no es objeto de valoración por el informe inspector.

SÉPTIMO.- El 11 de diciembre de 2023, la unidad instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren todos 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 del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad. Y ello, en la medida que la reclamante no ha llegado a acreditar la existencia de mala praxis en la atención sanitaria que le fue dispensada.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo índice de documentos y un extracto de secretaría, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 28 de diciembre de 2023, complementada con un CD con documentación del expediente que fue recibido en este Órgano Consultivo el 2 de enero de 2024.

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 de la Región de Murcia, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I. Cuando de daños físicos o psíquicos a las personas se trata, la legitimación para reclamar por ellas corresponde, primariamente, a quien los sufre en su persona, lo que determina que la legitimada en el supuesto sometido a consulta sea la paciente, a quien se debe reconocer la condición de interesada, conforme al artículo 4.1 LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, como titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población por 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 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 7 de marzo de 2017, antes del transcurso de un año desde el parto acaecido el 25 de septiembre de 2016, con ocasión del cual la interesada recibió la asistencia por la que ahora reclama, y ello sin necesidad de entrar a considerar la fecha 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. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC 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 informe 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.

Cabe destacar, no obstante, la paralización del procedimiento durante casi seis años, entre julio de 2017 y mayo de 2023, entre la solicitud y la evacuación del informe de la Inspección Médica, lo que determina que el tiempo invertido en la tramitación de este procedimiento exceda en mucho de los seis meses, que como plazo máximo de duración de los procedimientos de responsabilidad patrimonial establece el artículo 91.3 LPAC.

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 I 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 337/22, 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 LPAC, 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"*.

En esta misma línea, la STSJ Madrid, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia y valoración de la prueba pericial médica en el proceso judicial en materia de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria y que, *mutatis mutandi*, puede hacerse extensiva al procedimiento administrativo:

"...es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen.

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad".

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio público sanitario.

Para la reclamante, la aparición de la complicación hemorrágica que determinó la necesidad de extirparle el útero, privándole de la posibilidad de ser madre en el futuro, *"pudo haberse evitado de haber mediado la debida asistencia y control post-parto por facultativo ginecólogo"*. Considera, asimismo, que existió una falta de coordinación e información entre los equipos de guardia del Servicio de Ginecología y Obstetricia que propició dicha falta de control postparto.

Con ocasión del trámite de audiencia y a la luz del informe de la Inspección Médica, impugna éste al considerar que no valora el período comprendido entre el parto y la histerectomía y que no tiene en cuenta que la paciente presentaba antecedentes patológicos en el útero y que durante el expulsivo se practicó la maniobra de Kristeller, lo que podía propiciar la aparición de complicaciones.

Esta alegación está íntimamente ligada al criterio de la *lex artis*, pues se pretende vincular la producción del daño con la actuación o, más bien, con la falta de ella, 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 correcta.

La valoración de la actuación facultativa, para establecer si el control post parto que se realizó sobre la paciente resultó adecuado 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 asistencia sanitaria dispensada no fuera adecuada a normopraxis, atendidas las circunstancias del parto o los antecedentes ginecológicos de la paciente. 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 dicho informe, como también los de los ginecólogos actuantes antes, durante y tras el parto, ponen de manifiesto que la asistencia dispensada a la interesada tras el alumbramiento se ajustó a los protocolos de actuación establecidos en el Hospital ("*Vía Clínica de Atención al Parto en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*"), sin que se aprecie actuación alguna contraria a la *lex artis*. Frente a la alegación de la interesada relativa a que el control tras el parto no fue realizado por un ginecólogo, se señala por la Inspección Médica que el protocolo establece la toma del control post parto inmediato por parte de la matrona y así se hizo en este supuesto, una vez se comprobó que no había sangrado activo, se constató la situación de integridad del periné y el estado de las mucosas rectal y vesical. El parto se produce a las 7:40 horas del 25 de septiembre de 2016 y la toma de control por la matrona a las 7:57.

Fue la matrona quien, a las 8:17 horas, apenas 20 minutos después de tomar el control de la parturienta, aprecia la existencia de signos de hipotensión sin evidencia de sangrado vaginal, por lo que se avisa al anestesta de guardia, dado que las bajadas de tensión son habituales cuando se ha utilizado anestesia epidural, como fue el caso. Tras remontar la tensión arterial mediante efedrina y sueroterapia, vuelve a producirse un episodio de hipotensión acompañado de opresión torácica y mareos, por lo que se solicita analítica urgente y se avisa a ginecólogo de guardia (a las 9:15 horas), que advierte taquicardia y deterioro del estado general. El sangrado vaginal es normal, si bien presenta abdomen timpánico distendido y doloroso, lo que orienta la sospecha diagnóstica a la existencia de un hemoperitoneo, confirmado por ecografía (hemoperitoneo masivo que alcanza ambos flancos y espacio de Morrison).

En atención a estos hallazgos y con el antecedente de septoplastia histeroscópica dos años antes, se sospecha de la existencia de rotura de útero, por lo que con el consentimiento de la paciente se realiza cirugía exploradora en orden a determinar si es posible una cirugía reparadora /conservadora del útero o es necesaria una histerectomía.

A las 10:15 horas se interviene a la paciente y, dado el irreparable deterioro del útero, la imposibilidad de detener la hemorragia conservando el órgano y el deterioro hemodinámico de la paciente, se decide practicar histerectomía, con conservación de los ovarios.

La evolución postoperatoria es favorable, recibiendo la paciente el alta a domicilio el 30 de septiembre de 2016.

La valoración que realiza la Inspección Médica de la asistencia dispensada a la paciente se sintetiza en la conclusión 10 de su informe: "*La atención prestada durante el proceso de parto y la evolución del mismo por parte de facultativos/as de ginecología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca fue adecuada conforme a los protocolos y vías de actuación establecidas conforme a lex artis recogidas entre otros por la Vía de Atención al Parto vigente en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. De forma específica la decisión adoptada durante la intervención (histerectomía obstétrica) es correcta y se ajusta a los protocolos científico técnicos*".

acordes con la lex artis ante estas situaciones críticas que comprometen la vida de la paciente. La evolución posterior fue buena y sin incidencias reseñables. La consecuencia derivada de la histerectomía obstétrica, -la imposibilidad gestacional derivada- es la opción inevitable de l balance riesgo-beneficio que comprometía sin remedio, si esta extirpación uterina no se realizaba, la vida de la madre”.

Resta por analizar la alegación actora efectuada con ocasión el trámite de audiencia, en el que “impugna” el informe de la Inspección Médica, porque no valora el período comprendido entre el parto y la histerectomía y porque no tiene en cuenta que la paciente presentaba antecedentes patológicos en el útero y que durante el expulsivo se practicó la maniobra de Kristeller, lo que podía propiciar la aparición de complicaciones.

No es cierto que el informe inspector no valore el período del postparto y el control asistencial dispensado a la paciente, como se desprende de la primera parte de la conclusión trascrita *supra* en la que se afirma de forma categórica que fue adecuado a *lex artis* y ajustado a protocolo.

En relación con la falta de toma en consideración por la Inspección Médica de los factores concurrentes en la paciente y durante el parto que podían incrementar el riesgo de sufrir una rotura uterina, ha de destacarse que tampoco es cierto, toda vez que la conclusión novena del informe sí alude a los antecedentes ginecológicos de la paciente, como factor que podría estar asociado a la rotura uterina. En cualquier caso, ha de precisarse que el informe se evacua en respuesta a las alegaciones contenidas en la reclamación inicial, que se centran únicamente en un pretendido control asistencial postparto defectuoso, sin que la interesada haya llegado a alegar en dicha reclamación, ni después en el trámite de audiencia, qué medidas adicionales de vigilancia postparto habrían sido exigibles ante el incremento de riesgo de rotura uterina y no llegaron a ser adoptadas. Y es que, según se desprende de los informes obrantes en el expediente, el control postparto fue eficaz, p ues se detectó la complicación de forma casi inmediata, apenas 20 minutos después de finalizar el parto, en la toma de constantes protocolizada. En ese momento, ya se había advertido la existencia de hipotensión y se comenzó a actuar en consecuencia, de modo que dos horas más tarde ya estaba la paciente en el quirófano, para resolver la complicación y salvarle la vida. Entiende el Consejo Jurídico que la aparición de la complicación uterina y sus desgraciadas consecuencias respecto a la capacidad reproductora de la interesada no pueden ser vinculadas causalmente con la asistencia y el control postparto instaurados.

Es cierto que, conforme a la literatura científica extractada en el informe de la Inspección Médica, en determinados casos, la existencia de factores de riesgo de rotura uterina puede hacer aconsejable el parto por vía no vaginal, pero esta alegación no ha llegado a formularse por la interesada, ni siquiera de forma tácita, y menos aún ha sido objeto de acreditación mediante la oportuna prueba pericial médica, de que tal fuera el proceder recomendable en el caso de la paciente.

Consecuencia de lo expuesto es que no ha quedado probado que exista nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario durante la asistencia al parto y su evolución posterior y el daño alegado, ni éste puede calificarse de antijurídico, toda vez que tampoco se ha probado por parte de quien viene obligada a ello, la existencia de actuaciones u omisiones contrarias a la “lex artis ad hoc”.

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 concurrir todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.