

Dictamen n.º: **375/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.09.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 15 de septiembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña. (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuye a una histerectomía realizada en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante, asistida por letrado, presentó el 21 de enero de 2019 en el registro del Servicio Madrileño de Salud un escrito en el que formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por la atención sanitaria que le fue dispensada en el citado centro sanitario en el parto de su hija.

Según expone en su escrito, la reclamante, de 29 años en el momento en que ocurrieron los hechos y gestante a término (cuarenta semanas y cuatro días) de su segundo embarazo acudió el día 25 de febrero de 2018 a Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por rotura prematura de membranas y tuvo que permanecer ingresada en la UCI, estable, hasta que al día siguiente, los facultativos observaron

variaciones del latido fetal realizando al feto una monitorización continuada y un estudio gasométrico de una muestra de sangre fetal que descartó hipoxia fetal pero evidenció la posición frontal del feto por lo que se programó una cesárea urgente a las 12 horas que se desarrolló con normalidad salvo por el desgarro de ángulo izquierdo que fue reparado con sutura.

Indica a continuación que el parto tuvo lugar a las 12:40 horas del 26 de febrero de 2018, y dio a luz a una niña de 3.260 grs., con test de Apgar 7/9 y ph de cordón 7,35.

La reclamante refiere que tras el parto fue trasladada a Reanimación donde le realizaron varias analíticas, presentó shock hemorrágico con sangrado vaginal y anemización por atonía uterina, requirió transfusiones, pero no encuentra en la historia clínica los justificantes de los productos transfundidos y desconoce el momento que le realizaron las transfusiones y finalmente se le practicó una histerectomía obstétrica mediante laparotomía de la que evolucionó favorablemente en la UCI donde tuvo que permanecer hasta el 1 de marzo que pasó a planta recibiendo alta domiciliaria el 9 de marzo de 2018.

A continuación señala que el postoperatorio cursó con normalidad pero que presentó un edema duro del miembro superior izquierdo y el 2 de marzo se objetivó en un Eco Doppler trombosis venosa profunda del miembro inferior izquierdo.

Considera que la histerectomía es una intervención extremadamente invasiva que debió llevarse a cabo como última opción tras el fracaso del resto de medidas conservadoras, y en su caso, mantiene que no se agotaron todas las medidas conservadoras posibles previstas en el protocolo de la SEGO de las que la paciente podía haberse beneficiado y con la histerectomía obstétrica que le fue realizada se le ha

privado de la posibilidad de tener más descendencia siendo una paciente muy joven.

Por otro lado añade que a pesar de haber solicitado completa la historia clínica, no le ha sido facilitada en su totalidad y considera que hay anotaciones realizadas a posteriori, sin que la historia clínica recoja las medidas conservadoras adoptadas.

La reclamante cuantifica el importe de la indemnización en 98.671,66 € (3.535,15 € por perjuicio personal, 2.682,92 € por perjuicios patrimoniales, 77.175,49 € por perjuicio personal básico y 15.278,10 € por perjuicios personales particulares).

El escrito de reclamación se acompaña con copia de la historia clínica y una declaración de la reclamante del IRPF del ejercicio 2017 (folios 24 a 287).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del presente Dictamen:

La reclamante, nacida en 1988, sin antecedentes clínicos relevantes, gestante de 40+4 semanas, de su segundo embarazo, ingresa el 25 de febrero de 2018 a las 5 de la madrugada en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos por rotura de bolsa.

El embarazo había transcurrido con normalidad, sin alteraciones remarcables que se detectaran en las visitas periódicas, ecografías programadas y otras exploraciones realizadas.

Según las notas de evolución de la historia clínica, a las 21:00 horas ante la falta de trabajo de parto pasa al paritorio para monitorización y administración de Misoprotol. Pasa la noche estable y a las 10:00 horas del día 26 de febrero de 2018 se comprueba variaciones

de latido fetal con las contracciones y se evidencia en la exploración la posición frontal por lo que se programa cesárea urgente.

La extracción manual del feto resultó dificultosa por la posición frontal del mismo y por dos circulares apretadas.

A las 12:40 horas nace una mujer con Apgar 7/9, ph: 7,35, de 3.260 grs.

Durante el parto se produce un desgarro de ángulo izquierdo de episiorrafia que se repara sin incidencias. El útero tiende a descontraerse aunque responde correctamente al masaje. Se administra en el quirófano 20 UI de oxitocina y una ampolla de Methergin consiguiendo buen tono uterino.

Durante la cirugía presentó sangrado moderado y se solicitó hemograma de control.

Tras la cirugía pasa a Reanimación y según nota de asistencia, a las 14:47 horas comienza con un sangrado mayor de lo habitual, presentado valores de HB 9,5 g/dl, tensión arterial 60/35 y FC 108 lpm. Se le administra Voluven intravenoso y Efedrina, pasando la paciente a normotensión. Se extraen abundantes coágulos de la vagina y se administran 800 mcg de Misoprostol rectal con evolución hacia shock hemorrágico con sangrado vaginal y anemia hasta Hb 6,1 g/dl, trombopenia 74.000 y coagulopatía con TP 46% por lo que entra de nuevo en quirófano donde se constata atonía uterina.

Según nota a posteriori obrante en la historia clínica, a las 15 horas se revisa canal del parto objetivando mínimo desgarro en introito que se sutura. Se coloca bajo control ecográfico balón de bakri, procediendo tras comprobación de normoinserción al llenado con 460 cc de suero. Se coloca además taponamiento vaginal por atonía de istmo. Se comprueba cese de sangrado y útero bien contraído a nivel de ombligo pero tras

treinta minutos en quirófano se reinicia sangrado vaginal en cantidad abundante por lo que se decide apertura de Pfanmenstiel.

Se objetiva desgarro a nivel de ángulo izquierdo de histerotomía que se sutura y ligamento ancho con laceración sangrante que se sutura también. Se realiza sutura de B-Lynch pero persiste el sangrado y se revisa de nuevo el cuerpo uterino objetivando desgarro próximo a ligamento ancho izquierdo que se sutura con dificultad por tejido muy edematoso, friable y dificultad para reconocer estructuras anatómicas.

Continúa la nota señalando: *“Cede el sangrado por lo que se realiza nueva sutura de B-Lynch (dado que la previa perdió tensión tras involución uterina), no siendo ésta efectiva. Se administra además una ampolla de Hemabate® intramiometrial, pero al no ceder el sangrado, dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente a pesar de la administración por parte de anestesia de 12 CH, 4 PFC, 2 pool plaquetas, 2 octaplex, Ac tranexamico 800 mg + 500 mg, 2 gr de fibronógeno, se decide histerectomía obstétrica que se realiza con dificultad por estructuras edematosas sobre todo a nivel de ligamento ancho izquierdo.*

Tras histerectomía no se objetiva sangrado ni en cavidad abdominal ni por vía vaginal, por lo que se procede a cierre de cavidad tras comprobación de integridad vesical con instilación de azul de metileno. No se identifican uréteres durante la cirugía por inestabilidad hemodinámica de la paciente”.

Figuran en el expediente las transfusiones y hemogramas efectuados a la paciente.

A las 19:21 horas del día 26 de febrero ingresa en la UCI sedorrelajada, TA 160/80 mmHg, FC sinusal 140 lpm, saturación 99%, pupilas isocóricas y normoreactivas, normohidratada, normoperfundida,

sin edemas, sin datos de sangrado externo con exploración respiratoria normal, abdomen blando y depresible, apósito limpio, sin peristalsis.

Permaneció en la UCI hasta el 1 de marzo de 2018.

El 2 de marzo fue diagnosticada de trombosis venosa superficial y profunda de miembro superior izquierdo lo que fue confirmado por ecografía doppler venosa de miembro superior izquierdo.

El 9 de marzo de 2018 recibe alta a domicilio con tratamiento y recomendaciones.

El informe de Anatomía Patológica de 28 de febrero de 2018 señala que el servicio había recibido una pieza quirúrgica constituida por cérvix, útero con diagnóstico de útero puerperal postcesárea con datos histológicos compatibles con útero puerperal en los cortes examinados.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe de 21 de febrero de 2019 del jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en el que se recoge que la paciente ingresó el 25 de febrero de 2018 por rotura prematura de membranas, diagnóstico que indicaba inducción de parto con prostaglandinas cervicales y al día siguiente, 26 de febrero de 2018, sobre las 10 horas, se comprobó que la dilatación cervical había alcanzado los 4 cms y una posterior valoración permitió comprobar *“la presentación del feto en cefálica, se encontraba deflexionada, presentación de frente”*, situación que impedía el parto vaginal e indicaba la necesidad de realizar una cesárea.

Continúa el informe señalando que en el curso de la cesárea, tras la extracción fetal, se evidenció un desgarro en uno de los ángulos de la histerotomía, que se suturó sin problemas. Se comprobó, igualmente, una tendencia a la atonía uterina, se consiguió tonicidad tras masaje uterino y se administró oxitocina a altas dosis y Methergin. Tras la intervención continuó el sangrado y la atonía *“se administraron otras medicaciones por parte de Ginecología, y expansores de volumen plasmático y efedrina desde el S. de Anestesia. El sangrado puerperal intenso y no controlable con fármacos obligó a la reintervención, en el curso de la cual se aplicaron varias medidas: colocación de balón de BAKri, Plicatura uterina, intensificación en la medicación uterotónica... Tras el fracaso de las mismas y por el riesgo vital de la paciente, se llegó al último escalón: histerectomía obstétrica”*.

Considera que la hemorragia obstétrica es una situación de emergencia y la principal causa de mortalidad materna que requiere un tratamiento multidisciplinar y de medidas terapéuticas y *“sin la práctica de la histerectomía obstétrica, la paciente probablemente habría fallecido”*.

Finalmente, respecto a la escritura a posteriori en la historia clínica informa que *“obedece a la priorización de la conducta terapéutica, ante el riesgo vital de la paciente, que deja en un lugar secundario la transcripción de los eventos al historial de la paciente”*.

El informe se acompaña del protocolo hospitalario de Hemorragia Postparto y del curso de formación en Emergencia Obstétrica realizado en el servicio (folios 301 a 317).

Por su parte, el jefe de Servicio de Anestesia informa el 25 de febrero de 2019 que tras ser explorada la paciente por el Servicio de Ginecología se indicó cesárea urgente por presentación de frente observándose durante la cirugía mayor sangrado del habitualmente esperado. Tras la cirugía pasó a la Unidad de Reanimación y se pidió analítica de control,

incluyendo hemograma. En el postoperatorio presentó un episodio de hipotensión y respondió a agentes vasopresores y líquidos intravenosos. El Servicio de Ginecología revisó y retiró manualmente abundantes coágulos de la vagina y administró misoprostol rectal.

Continúa el informe señalando:

“En vista de sangrado continuo y por la preocupación ante la situación clínica, la paciente vuelve a quirófano a las 15:10 de manera emergente. Se realiza anestesia general con intubación orotraqueal en vista de la severidad del cuadro. También se inicia monitorización hemodinámica invasiva con la colocación de una vía arterial para control continuo de la tensión arterial de la paciente. En quirófano se realizan medidas para contener el sangrado como explica el servicio de ginecología, mientras el servicio de anestesia inicia transfusión de hemoderivados tal y como se registra en la historia. Estos incluyeron 12 unidades de sangre, pero también factores que favorecen la coagulación, como 4 unidades de plasma, 2 unidades de plaquetas, y otros fármacos tales como octaplex y ácido tranexámico. La paciente también necesitó la administración de fármacos vasopresores dada la situación crítica de inestabilidad hemodinámica. Gasometría arterial durante la urgencia registró un ácido láctico de 69, lo que confirmaba una acidosis metabólica severa por shock hemorrágico. En vista de la persistencia del sangrado pese a todas las medidas intentadas, y como última posibilidad de parar el sangrado, se realiza histerectomía. Tras la intervención, la paciente pasa a la Unidad de Cuidados intensivos a las 18:50, tras cerca de cuatro horas en quirófano, todavía sedada y bajo ventilación mecánica, con infusión de agentes vasopresores. Tras realizar una recuperación adecuada, la paciente pudo ser dada de alta de la UCI el día 1 de marzo”.

Obra en el folio 320 el informe del jefe asociado de Cuidados Intensivos de 21 de febrero de 2019 en el que relata la asistencia

dispensada a la paciente desde el día 26 de febrero que ingresó en dicha unidad hasta el 1 de marzo de 2018. Refiere que ingresó *“politrasfundida: 12 CH. 4 PFC, 2 pool plaquetas, 1000 UI de complejo protrombínico, Ac tranexámico 800 mg + 500 mg, 2 gr de fibrinógeno. Buena evolución durante su estancia en la Unidad. Ingresó sedo-relajada, pero se puede retirar los fármacos hipnóticos, previamente los relajantes, con despertar adecuado. Desde el punto de vista hemodinámico se comporta como un shock hipovolémico con necesidad inicial de fármacos vasoactivos a dosis medias y aporte generoso de volumen que progresivamente se van pudiendo disminuir hasta suspender ambas estrategias. Al alta, Hb 8 g/dl, plaquetas en recuperación en 61.000 ul y sin coagulopatía. Se puede retirar la ventilación mecánica en 48 horas, con buena tolerancia. No hace fracaso renal. Se inicia movilización a sillón previo al alta. Durante el ingreso ha mantenido seguimiento postquirúrgico por Ginecología y por la matrona para valorar lactancia materna”*.

Por su parte el informe del jefe de Servicio de Documentación Clínica de 25 de febrero de 2019 recoge que las solicitudes de documentación clínica formuladas por la reclamante el 11 de abril de 2018 y el 17 de septiembre de 2018 fueron atendidas y respecto a la formulada el 9 de noviembre de 2018 en solicitud de los justificantes de los productos transfundidos y hojas de evolución tras el parto *“En cuanto a los justificantes de los productos transfundidos no se entregaron porque no se guardan en la historia clínica informatizada. En la misma consta informe de Banco de Sangre de hematíes filtrados que fue entregado en la primera solicitud. En cuanto a las hojas de evolución tras el parto, se entregó la documentación de la evolución médica de planta y de la Unidad de Cuidados Intensivos a la Dirección Médica para su revisión, por si contuviera anotaciones subjetivas o referencias a terceras personas, de acuerdo a lo recogido en la Ley 41/2002. Tras esta revisión, la documentación se entregó con fecha 23 de noviembre de 2018”*.

Con fecha 4 de julio de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 1083 a 1.088) que, tras el examen de la historia clínica concluye que *“no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis. Si bien es cierto que la nota del cirujano no es en el momento de la intervención, se considera necesario aclarar que durante una urgencia lo que prima es salvar la vida del paciente, y no se van registrando las actuaciones hasta finalizar con las mismas y conseguir estabilización del enfermo. Consta que estas anotaciones se hicieron en el mismo día de la intervención”*.

Notificado el trámite de audiencia, con fecha 19 de diciembre de 2019 presenta alegaciones el Hospital Universitario Rey Juan Carlos en las que manifiesta que la asistencia dispensada por el hospital ha sido conforme a la *lex artis*. El 7 de enero de 2010 formula alegaciones la reclamante que a la vista de los informes obrantes en el expediente considera que no aclaran si se agotaron todas las posibles medidas o tratamientos conservadores y se ha omitido por parte del centro hospitalario el deber de facilitar la historia clínica completa.

Finalmente, el 12 de mayo de 2020 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (folios 1107 a 1110) desestimatoria de la reclamación al concluir que no se ha demostrado mala praxis, ni nexo causal entre la actuación facultativa y el daño reclamado. Respecto a la solicitud de entrega de la historia clínica, se considera contestada, sin que por otro lado se haya objetivado daño alguno derivado de ello.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 23 de junio de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 311/20, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que

formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 15 de septiembre de 2020.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 €, por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto que el Hospital Universitario Rey Juan Carlos es un centro concertado con la Comunidad de Madrid.

A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional de la 12ª de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, un plazo de prescripción de un año desde que se produzca el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que a la reclamante le fue practicada la histerectomía el día 26 de febrero de 2018 y recibió alta el día 9 de marzo de 2018, por lo que la reclamación presentada con fecha 21 de enero de 2019 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. También han emitido informe el Servicio de Anestesiología, de Cuidados Intensivos y de Documentación Clínica, así como la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Tras la incorporación de los informes mencionados, se dio audiencia a la reclamante y al centro hospitalario concertado y por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los

artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, recurso 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no

verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico: *“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.*

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la de 19 de mayo de 2015, recurso 4397/2010) ha señalado que *“(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la*

salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que la reclamante sufrió una hemorragia tras el parto y tuvo que ser intervenida para la realización de una histerectomía.

La reclamante considera que los profesionales que la atendieron en la complicación surgida tras el parto no agotaron todos los tratamientos conservadores previstos en el protocolo de la SEGO de los que la paciente, de 29 años de edad, podía haberse beneficiado, y se procedió a la realización de una histerectomía, lo que resulta contrario a la *lex artis*, al no poder tener más descendencia pese a ser una mujer joven.

Probada la realidad del daño, resulta necesario examinar si existe relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada por los servicios médicos del hospital implicados en el proceso asistencial de la paciente.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Por ello, a la reclamante le corresponde acreditar mediante medios idóneos que la asistencia que le fue prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso 462/2017) *“los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”*.

La interesada, sin embargo, no aporta prueba pericial alguna que acredite que la actuación de los profesionales sanitarios que intervinieron a la paciente fuera negligente. Ante esta ausencia probatoria, hay que estar a la historia clínica y a lo indicado en los informes obrantes en el expediente que recogen que se aplicaron las medidas terapéuticas disponibles de menos a más agresivas, de acuerdo con el protocolo vigente manejados por la especialidad y teniendo en cuenta las condiciones de la paciente, su estado clínico y la evolución de la grave complicación -mortal si no se resolvía- que presentaba.

En este sentido, la historia clínica y los informes del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Anestesia y Reanimación, ponen de manifiesto que se adoptaron y aplicaron medidas conservadoras tras comprobar la atonía uterina, se instauraron fármacos uterotónicos pero al continuar el sangrado se aplicaron expansores de volumen plasmático y efedrina desde el Servicio de Anestesia, también se implantó un balón intrauterino de Bakri, plicatura uterina y sutura de B-Lynch que no impidieron una agravación progresiva del sangrado, se extrajeron manualmente coágulos remanentes y se administraron nuevas dosis de uterotónicos, plasma y concentrados de hematíes.

El médico inspector destaca cómo, cuando las medidas terapéuticas fracasan y el sangrado se mantiene, la histerectomía urgente es la última medida para controlar el sangrado y salvar la vida de la paciente, como

ocurrió en el caso que nos ocupa, que pese a que se adoptaron y tomaron medidas conservadoras, la hemorragia no se detuvo y se optó finalmente por realizar una histerectomía siendo únicamente este último procedimiento el que detuvo la hemorragia que amenazaba la vida de la reclamante, lo que permite a los servicios implicados en el proceso asistencial de la paciente y a la Inspección Médica concluir que la asistencia prestada no ha sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis* y a esta conclusión debemos atenernos dado que los informes de la Inspección Sanitaria obedecen a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

Por otro lado, respecto al reproche formulado por la reclamante, sobre la entrega incompleta de la historia clínica y anotaciones posteriores, del informe del Servicio de Documentación Clínica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos se evidencia que las solicitudes de documentación fueron atendidas y sobre las anotaciones posteriores, tal y como señala la Inspección Médica, fueron realizadas el mismo día de la intervención, tras la estabilización de la paciente, puesto que *“durante una urgencia lo que prima es salvar la vida del paciente”*.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la interesada.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 15 de septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 375/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid