

Dictamen n.º:

218/24

Consulta:

Consejera de Sanidad

Asunto:

Responsabilidad Patrimonial

Aprobación:

25.04.24

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 25 de abril de 2024, emitido ante la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por el abogado de Dña. (en adelante, “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria prestada en Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, donde se le practicó una histerectomía total más salpingiectomía bilateral, en la que se le produjo la perforación del uréter.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 8 de agosto de 2022, el abogado de la persona citada en el encabezamiento presentó en el registro de la Consejería de Sanidad un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida en el citado centro hospitalario, al que acudió en septiembre de 2021 a raíz de sufrir episodios de sangrado vaginal abundante que condujeron a la existencia de varios miomas en el útero.

El escrito relata que la reclamante ingresó en el mismo hospital de forma programada para una cirugía de histerectomía total más salpingiectomía bilateral, vía abdominal con laparotomía, en fecha 7 de octubre de 2021 y recibió el alta hospitalaria el 10 de octubre de 2021, a pesar del dolor difuso y las dificultades para evacuar.

La reclamación refiere que el 14 de octubre de 2021 la paciente acudió de nuevo al Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” por dolores en el abdomen, a pesar de lo cual, le dieron de inmediato el alta, sin realizarle prueba alguna para determinar cuál era el origen de los dolores. Continúa señalando que, al día siguiente, 15 de octubre de 2021, se dirigió al Hospital Universitario Infanta Leonor, centro en el que ingresó y donde comenzaron a realizarle pruebas, tales como ecografía, analítica y TAC, concluyendo como diagnóstico que existía una lesión del uréter distal derecho con urinoma pélvico pequeño que abre al muñón vaginal y perforación de uréter. El escrito indica que se le realizó un *“reimplante directo de uréter derecho catéter dj y cierre con malla supraponeurótica”* y que, de acuerdo con la correcta evolución de la paciente, se le dio el alta hospitalaria, con una sonda vesical que le fue retirada el 18 de noviembre de 2021.

La reclamante también refiere que hubo una recaída, una pielonefritis derecha, así como una infección del tracto urinario de repetición, recibiendo el alta médica el 6 de junio de 2022, si bien con secuelas, entre las que enumera las infecciones del tracto urinario de repetición, así como *“una urgencia miccional con escapes -recambios de compresa 5 veces diariamente”*.

El escrito concluye que la perforación del uréter, el retraso en su diagnóstico y la falta de medidas a su alcance por parte de los servicios médicos provocaron un avance exagerado de la enfermedad y un retraso en el tratamiento, imposibilitando la recuperación íntegra de la paciente, de modo que, tras un largo proceso de incapacidad,

persisten importantes secuelas funcionales y una obvia limitación para todas sus actividades.

La reclamación solicita una indemnización por la incapacidad total, las secuelas y el daño moral causados por la falta de cumplimiento de la *lex artis* por parte de los profesionales del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, que cifra en la cantidad de 350.000 euros, “*fijados de forma estimativa, pendientes de recibir la historia clínica y el peritaje, éste último en fase de elaboración*”. Se acompaña de un poder general para pleitos en favor del abogado de la reclamante, un parte de baja por incapacidad temporal y diversa documentación médica (folios 1 a 24 del expediente administrativo).

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

Se trata de una paciente de 46 años en el momento de los hechos, que cuenta, como antecedentes personales quirúrgicos destacables, con una ligadura tubárica bilateral (2007), dos cesáreas, miomectomía y una ablación endometrial en 2018.

Con fecha 16 de marzo de 2021 acude a revisión de Ginecología en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. ECO TV: útero adenomiósico con mioma en cara anterior de 2cm. Parece que el leiomioma es de 10 mm, ovarios normales. Se deriva a histeroscopia en quirófano por intolerancia al dolor.

El 31 de mayo de 2021, en consulta de Ginecología, se entrega el documento de consentimiento informado. Con fecha 5 de octubre de 2021, la paciente acude a prueba PCR COVID. Paciente con dos cesáreas previas. El ginecólogo le explica que realizarán la intervención por la misma incisión.

El 7 de octubre de 2021, se realiza histerectomía total + doble salpingectomía. Técnica quirúrgica: incisión de laparotomía infraumbilical sobre cicatriz de cesáreas previas. Apertura de pared abdominal por planos con dificultad por fibrosis y adherencias de cirugías previas. Adherencias firmes entre epiplón y anejo izdo. que se liberan. PSL de ligamento redondo y apertura de la plica vesico-uterina. PSL de ligamento útero-ovárico para preservación de ovarios. PSL de parametros y vasos uterinos. PSL de paracolpos y extirpación de útero y ambas trompas, que se remiten a Anatomía Patológica. Cierre de cúpula. Preservación de ovarios. No se nombran los uréteres. Orina clara por sonda.

El postoperatorio cursa sin incidencias, y la paciente es dada de alta el 10 de octubre de 2021.

Con fecha 14 de octubre de 2021, acude a Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Paciente intervenida el jueves pasado que acude por distensión abdominal refiere dos deposiciones diarreicas desde alta. Tratamiento habitual: perindopril-terbutalina-indapamida 1 /día, Diazepam, paracetamol, ibuprofeno, metamizol, metformina, cetirizina, Symbicort y Ventolin. Cirugía de histerectomía sin anexectomía. Exploración física: genitales externos sin lesiones. Dolor a la presión profunda en hipogastrio, sin irritación peritoneal, Blumberg negativo, abdomen distendido. Sin signos de irritación peritoneal. Herida sin signos de infección. Eco TV y eco abdominal: sin líquido libre. Anejos de ecoestructura normal. Sin liquido libre en Douglas. Pruebas complementarias: analítica, hemoglobina 7.8, al alta 8.3. Resto de valores sin datos de patología urgente. Juicio clínico: estreñimiento. Alta.

El 15 de octubre de 2021, la paciente acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor, ingresando en Urología. Acude por dolor abdominal difuso y distensión abdominal desde el día

anterior, vista por el mismo motivo en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Refiere también cefalea y fiebre de hasta 37.8°C ayer. Deposiciones diarreicas. Refiere también disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Sin otra sintomatología. Antecedentes de histerectomía total + salpingiectomía bilateral vía laparotomía el 7 de octubre de 2021. Exploración física: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: ECO-TV: se visualiza imagen heterogénea de 32x24 mm, que se continúa con cúpula vaginal, compatible con posible absceso. Sin líquido libre en Douglas ni en parietocólicos. Anejos normales. TC toracoabdominopélvico urgente, con el fin de descartar sospecha de tromboembolismo pulmonar, extendiendo el estudio arterial a sífisis pública. Se objetiva una adecuada repleción del sistema arterial pulmonar, no existiendo imágenes sospechosas de trombosis ni otros hallazgos relevantes. Abdomen-pelvis: cambios postquirúrgicos de histerectomía reciente, con grapas metálicas en línea media infraumbilical. No se observan signos de perforación ni neumoperitoneo. Discreta ascitis generalizada que abarca fundamentalmente en pelvis menor y goteras paracólicas y localización periesplénica. En el lecho de la histerectomía, se observa una colección ovoidea hipodensa de 38 x 28 mm, que no presenta realce parietal, sugestiva de hematoma/seroma residual a la propia cirugía. Existe una segunda colección en la altura de la región umbilical mide 56 x 48 x 70 mm (ejes transversos, anteroposterior y craneocaudal), sin realce parietal, sugestivo de colección en fase incipiente. Se visualiza anasarca en ambos flancos, de predominio derecho, que podría justificar el dolor costal derecho comentado.

Conclusión: cambios postquirúrgicos de histerectomía, objetivando pequeña colección residual en lecho quirúrgico. Se observa una probable segunda colección en formación en localización

mesentérica anterior. Discreta ascitis generalizada, así como anasarca en ambos flancos, de predominio derecho. Sin signos de tromboembolismo. Microlitiasis renal izquierda.

El 16 de octubre de 2021, es valorada por el equipo de guardia de Medicina Interna. Avisan por dolor abdominal y elevación de reactantes de fase activa en la analítica de ese día. La paciente persiste con febrícula de 37.5°C, a pesar de antibioterapia (metronidazol y ceftriaxona) iniciada menos de 24 horas antes. Exploración física: abdomen: rudos hidroaéreos presentes y normales, distendido, blando y depresible, no se palpan masas ni megalías, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho con hipersensibilidad de rebote, con signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativo. Tejido celular subcutáneo se palpa edema localizado en flanco derecho. Pruebas complementarias: en la analítica de esa mañana destaca: leucocitos 18.52 10E3/mcL, neutrófilos 16.8 10E3/mcL, hemoglobina 7.1 g/dL, plaquetas 398 10E3/mcL, proteína C reactiva 260.6 mg/L (0.0 - 5.0), que empeoró respecto a la analítica anterior. Sospecha diagnóstica: síndrome febril de probable foco abdominal, con presencia de colecciones postquirúrgicas, así como discreta cuantía de líquido libre intraabdominal.

Con fecha 17 de octubre de 2021, ingresa por sospecha de absceso en cúpula vaginal. Se baja a la paciente para valorar en el paritorio. El día anterior avisaron por pérdida de líquido (¿orina?) por la noche. Fiebre de 37.9°C la noche anterior. Se pasó un concentrado de hematíes el día anterior.

Ecografía abdominal: posible imagen que puede corresponder con colección mesentérica descrita en el TAC. Riñones normales. Se deja sonda vesical para valorar si es pérdida de orina o líquido que sale por la vagina.

El 18 de octubre de 2021, se revisa TAC. Conclusión: lesión de uréter distal derecho con urinoma pérvico pequeño que abre al muñón vaginal. Urinomas colecciónados en mesenterio de vacío-fosa ilíaca derecha, el mayor de 58mm. Reimplante directo de uréter derecho + catéter doble jota + cierre con malla supraponeurótica.

Con fecha 19 de octubre de 2021, la paciente pasa a planta, donde evoluciona satisfactoriamente, con buen estado general y buena tolerancia. Sin peritonismo. Retirados drenajes y redones.

El 26 de octubre de 2021, dada la buena evolución clínica, se decide alta a domicilio, portando sonda vesical. Diagnósticos: fistula ureteral. Otros diagnósticos: íleo paralítico.

Procedimientos: reimplante ureteral + cierre malla. Retirada de sonda vesical en 2 semanas en el centro de salud. Será avisada para retirada de catéter ureteral y revisión. Ante complicación, acudir a Urgencias.

Con fecha 1 de noviembre de 2021, acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de 6 horas de evolución, sin náuseas, sin vómitos y sin sensación de distensión. Portadora de sonda vesical con evidente hematuria. No refiere otra sintomatología.

Exploración física. Abdomen: grapas de aproximación aproximadamente 40 en línea media de abdomen, sin signos de inflamación. Portadora de sonda vesical, débito hematúrico evidente sin coágulos.

Comentario: se decide recoger urocultivo y esperar a resultados para rotar antibioterapia. Ante la ausencia de datos de alarma, se

decide el alta. Juicio clínico: dolor abdominal en relación con intervención quirúrgica reciente, sin datos de alarma.

El 7 de noviembre de 2021, acude a Urgencias por dolor en la fosa renal y molestias en la sonda vesical. Exploración física. Abdomen: ruidos hidroaéreos positivos. Blando y depresible. Doloroso a la palpación en el hemiabdomen derecho con defensa. No se palpan masas ni megalías. Blumberg -. Impresión diagnóstica: posible cólico renoureteral en paciente intervenida recientemente de perforación ureteral.

Conclusión: catéter doble J derecho con probable técnica de reimplantación del uréter distal, a correlacionar con el historial quirúrgico. Cambios inflamatorios en el urotelio y discreta ectasia de la vía excretora derecha (pieloureteral). Práctica desaparición de las colecciones-urinomas visualizadas en el estudio previo, con pequeña colección laminar en hemipelvis izquierda, sin evidencia de extravasación del contraste. *"Posible cólico renoureteral"*.

El 8 de noviembre de 2021, la paciente sigue ingresada en Urgencias. Juicio clínico: infección del tracto urinario en paciente con catéter doble J. Evolución: paciente de 46 años, con antecedente de intervención quirúrgica el 18 de octubre, con lesión postquirúrgica de uréter distal derecho (en ese momento, con catéter doble J y sondaje urinario que según indicaciones de urología ya se podía retirar), que acude por dolor en la fosa renal derecha de dos días de evolución y molestias en sonda urinaria. Analíticamente presenta una PCR de 14.6 mg/L, y en el sedimento de orina hay presencia de nitritos, leucocituria, bacteriuria y hematuria. Durante su estancia en Urgencias se pauta tratamiento para control del dolor y antibioterapia con ceftriaxona. En TAC abdominal, presenta como conclusiones *"Catéter doble J derecho con probable técnica de reimplantación del uréter distal, a correlacionar con el historial quirúrgico. Cambios*

inflamatorios en el urotelio y discreta ectasia de la vía excretora derecha (pieloureteral). Práctica desaparición de las colecciones-urinomas visualizadas en el estudio previo, con pequeña colección laminar en hemipelvis izquierda, sin evidencia de extravasación del contraste". Se comenta con Urología de guardia durante la tarde del día anterior.

Radiografía de abdomen: catéter doble J derecho normoposicionado. TC: catéter doble J derecho con probable técnica de reimplantación del uréter distal, a correlacionar con el historial quirúrgico. Cambios inflamatorios en el urotelio y discreta ectasia de la vía excretora derecha (pieloureteral). Litiasis milimétricas en grupo calicial inferior del riñón derecho y grupo calicial superior del riñón izquierdo. Práctica desaparición de las colecciones urinomas visualizadas en el estudio previo, con pequeña colección laminar en hemipelvis izquierda, sin evidencia de extravasación del contraste. Juicio clínico: infección del tracto urinario en paciente portadora de sonda vesical y doble J derecho. Plan: pendiente de retirada de catéter doble J derecho y cita de revisión en consultas externas de Uroología. Tratamiento: Cefuroxima 500 mg cada 12h, 7 días; después, 1 comprimido noche hasta el día después de retirada del catéter.

Comentario: la paciente se encuentra en tratamiento con levofloxacino, ya está a punto de completar el tratamiento, y no presenta mejoría de sintomatología en 6 días de dicho tratamiento. El ultimo urocultivo no presenta crecimiento bacteriano, únicamente C. albicans. Se cambia tratamiento de antibioterapia y ver urocultivo en centro de salud en 48 horas. Juicio clínico: sospecha de pielonefritis aguda derecha, sin datos de alarma actualmente, en paciente intervenida a nivel de uréter y portadora de catéter doble.

Con fecha 18 de noviembre de 2021, se realiza cistoscopia: retirada de doble J derecho, sin incidencias.

El 5 de diciembre de 2021, acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por clínica miccional. Pico febril de 38°C. Juicio clínico: crisis renoureteral + pielonefritis, sin datos de alarma en ese momento.

Con fecha 19 de diciembre de 2021, se realiza TAC: litiasis renal bilateral, sin repercusión sobre las vías excretoras. Sin uropatía obstructiva ni extravasación de contraste. Pequeña colección adyacente trayecto medio del uréter y vasos iliacos izdos sugerente de seroma postquirúrgico.

Con fecha 9 de enero de 2022, acude a Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” por cefalea. Refiere congestión nasal y cansancio generalizado de 10 días de evolución. Desde 2 días antes cefalea y otalgia bilateral. Niega fiebre (37, 2°). Niega otra clínica. Juicio clínico: sospecha COVID, que se confirma el 14 de enero de 2022.

El 20 de mayo de 2022, se realiza cistografía en el Hospital Universitario Infanta Leonor. Revisión. Se introduce contraste a través de sonda Foley. Se rellena la vejiga con adecuada capacidad, sin defectos de repleción. No hay fugas de contraste ni tampoco reflujo vesicoureteral. No hay residuo postmiccional. Conclusión: estudio sin alteraciones significativas.

La paciente recibe el alta médica el 6 de junio de 2022.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la reclamante del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla y del Hospital Universitario Infanta Leonor (folios 30 a 776 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, y con fecha 31 de agosto de 2022, ha emitido informe el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, quien relata cronológicamente la asistencia sanitaria dispensada a la paciente, y refiere que en el consentimiento informado firmado por la paciente el 31 de mayo de 2021 “... se describe como una de las posibles complicaciones la lesión vesical, ureteral y/o uretral, la aparición de fistulas vesicovaginales e intestinales, y reintervención quirúrgica ...”.

Por su parte, el informe de la Inspección Sanitaria, de 14 de septiembre de 2023, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos en el curso del procedimiento, efectúa una serie de consideraciones médicas, y concluye que “no ha quedado acreditado que durante o después de la intervención se comprobara la integridad de los uréteres. En el protocolo de intervención aportado no figura esta precaución. La lesión ureteral, es una complicación que, aunque poco frecuente, sí que queda recogida en el consentimiento Informado y en la literatura revisada. En el protocolo se protege la plicatura vesicouterina, pero no se mencionan los uréteres”.

Figura a continuación un informe pericial de valoración del daño personal emitido el 27 de octubre de 2023 a instancias de la aseguradora del SERMAS, que no evalúa la praxis médica, y cuantifica el importe de la indemnización en la cifra de 16.057,25 euros, con el siguiente desglose:

- 226 días de perjuicio personal moderado (12.380,28 euros).

- 13 días de perjuicio personal grave (1027,26 euros).

- Respecto de las cirugías, se requirió una reconstrucción ureteral, con reimplante directo de uréter, catéter doble Jota y cierre con malla (grupo IV de intervenciones quirúrgicas del nomenclátor de la OMC) (1.000,87 euros).

- En cuanto a las secuelas, se reconocen 2 puntos de perjuicio psicofísico (1.648,84 euros).

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evauciado el oportuno trámite de audiencia al centro sanitario concertado y a la interesada, sin que conste en el expediente la formulación de alegaciones por parte de esta última. Por su parte, el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, por medio de su jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, remite escrito de 14 de diciembre de 2023, en el que, entre otras consideraciones, señala que *“la cateterización universal de los uréteres en las cirugías benignas sin sospecha de compromiso ureteral (como es el caso), no estaría indicada por posible daño uretero-vesical; tan solo se realiza en cirugía oncológica y sospecha de endometriosis profunda...por lo que en el caso que nos ocupa la actuación durante la cirugía fue la correcta y conforme a la lex artis...”*.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad y director general del Servicio Madrileño de Salud ha formulado propuesta de resolución de 11 de marzo de 2024, en el sentido de estimar parcialmente la reclamación por la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, reconociendo el derecho de la reclamante a ser indemnizada con 16.057,25 euros, cuantía que deberá ser actualizada en la fecha de resolución del procedimiento administrativo.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 21 de marzo de 2024, se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 25 de abril de 2024.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto que es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, ya que la atención médica se prestó por el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” en virtud del convenio suscrito entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid. Como hemos señalado reiteradamente, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se manifestó el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el 13/15, de 21 de enero) y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 112/16, de 20 de mayo; 203/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8^a) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9^a).

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de

carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, la intervención quirúrgica de la que deriva la eventual lesión de la paciente tuvo lugar el 7 de octubre de 2021, por lo que la reclamación, presentada el 8 de agosto de 2022, ha sido formulada dentro del plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las eventuales secuelas.

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 procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se ha dado audiencia a la reclamante y al centro sanitario concertado. Por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, para la emisión del presente Dictamen

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

- 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) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “*en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- En el presente caso, la reclamante reprocha que la perforación del uréter, el retraso en su diagnóstico y la falta de medidas a su alcance por parte de los servicios médicos provocaron un avance exagerado de la enfermedad y un retraso en el tratamiento, imposibilitando la recuperación íntegra de la paciente,

En este punto, debemos partir de la regla general de 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 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, la reclamante a quien incumbe probar 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*”.

Sin embargo, en el presente caso, si bien la reclamante no ha aportado prueba alguna de que la actuación sanitaria fuera contraria a la *lex artis*, obra en el expediente el informe de la Inspección sanitaria, que ha sido acogido por la propuesta de resolución remitida, el cual, si bien considera, por un lado, que la perforación del uréter es una complicación de la intervención que quedaba recogida en el documento de consentimiento informado que firmó la paciente, y que, además, la paciente tampoco dio oportunidad de ser diagnosticada en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, ya que antes de transcurrir 10 días desde la intervención recurrió de forma voluntaria a otro centro, no obstante afirma, como ya indicábamos, que “*en el protocolo de intervención facilitado por el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla no queda recogido que se hiciera ninguna maniobra para identificar y proteger los uréteres, ni se comprobó su estado antes de proceder al cierre por planos*”, de modo que la práctica médica no fue conforme a la *lex artis*. Cabe recordar que, en el trámite de alegaciones, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” no hace alusión a la falta de comprobación del estado de los uréteres antes finalizar la intervención, limitándose a aportar una justificación en cuanto a su falta de protección previa mediante cateterización, que considera innecesaria.

En consecuencia, y siguiendo la doctrina de esta Comisión Jurídica Asesora, entendemos que debe prevalecer el criterio de la Inspección Sanitaria, que es, además, el que acoge la propuesta de resolución remitida, todo ello teniendo en cuenta que, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016):

“*(...) si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus*

consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”.

QUINTA.- En consecuencia, una vez determinada la existencia de una responsabilidad objetiva de la Administración sanitaria, hemos de fijar la indemnización correspondiente.

En este caso la reclamante no ha aportado al procedimiento informe pericial alguno de valoración del daño sufrido, limitándose a solicitar una cantidad global de 350.000 euros, pero sin realizar el oportuno desglose y justificación de sus eventuales y diferentes conceptos.

Por ello esta Comisión, a la vista del informe de valoración de daños emitido por un perito especialista en el seno del procedimiento a instancias de la aseguradora del Servicio Madrileño de Salud, que da cumplida cuenta de los conceptos indemnizables y de su cuantificación por referencia a las lesiones y secuelas padecidas por la reclamante, considera fundada dicha cantidad de 16.057,25 euros que, a su vez, asume la propuesta de resolución.

Esta cantidad deberá actualizarse de conformidad con lo establecido en el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada y reconocer a la reclamante una indemnización de 16.057,25 euros, que deberá actualizarse de conformidad con lo establecido en el apartado 3 del artículo 34 de la LRJSP.

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 25 de abril de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 218/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid