

En Logroño, el 20 de abril de 2026, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; de las Consejeras, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta, D.^a M.^a Belén Revilla Grande y D.^a M.^a Concepción Arruga Segura; del Consejero, D. Adolfo Alonso de Leonardo-Conde; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

31/26

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Responsabilidad patrimonial sanitaria derivada de los daños por una lesión ureteral tras cesárea urgente (96.350 euros) 2ª petición.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito fechado el 16 de mayo de 2025, y con registro del día 26 del mismo mes y año, la reclamante, expuso resumidamente los siguientes hechos:

“PRIMERO.- La reclamante fue sometida, con fecha 3 de febrero de 2024, a una cesárea no programada por el Servicio de Ginecología del Hospital San Pedro de La Rioja.

Una vez se hubo practicado la misma, se procedió por el equipo a la revisión de cavidad abdominal y genitales internos macroscópicamente normales.

...

SEGUNDO.- Con fecha 6 de febrero de 2024 se procedió a expedir el Alta Médica a la que comparece, no obstante, la misma no se llevó a efecto por referir la paciente, dolor que no se justificaba con la intervención quirúrgica a la que había sido sometida.

TERCERO.- Al día siguiente, 7 de febrero de 2024, se volvió a proponer a la que comparece el Alta Médica.

Habida cuenta que seguía con dolor, el equipo médico le solicitó una ecografía renal y una Interconsulta al Servicio de Urología. A resultados de la citada ecografía renal y de un TAC que solicitó el urólogo, se pudo constatar que no existía paso por el uréter izquierdo.

*Lo anterior dio como resultado que el equipo médico de Urología decidiera practicarle a la ahora reclamante un catéter «doble J» o, en caso de que esto no fuera posible, se le dijo que habría que practicar una **nefrostomía** que, efectivamente, es lo que finalmente sucedió...*

CUARTO.- Así las cosas, se dio la circunstancia de que con fecha 8 de febrero de 2024 la compareciente volvió a sufrir un intenso dolor a nivel del riñón dañado, pudiéndose constatar que por la nefrostomía practicada no salía orina.

Realizadas diversas pruebas diagnósticas se comprobó que el catéter de nefrostomía se había movido, por lo que hubo de ser recolocado nuevamente.

QUINTO.- Con fecha 10 de febrero de 2024 se le expidió el Alta Médica...

SEXTO.- No obstante, el 13 de febrero de 2024 la reclamante volvió a tener episodios de dolor en la misma zona que, como se supo más tarde, tuvieron su origen en una nueva movilización del catéter de la nefrostomía, a resultados de lo cual tuvo que acudir nuevamente al Servicio de Urgencias para una nueva recolocación del mismo.

El 5 de marzo de 2024 se le realizó una pielografía, donde se constató que no había paso de contraste. Lo anterior dio como resultado que se le tuvo que intervenir nuevamente, esta vez para realizar un reimplante ureteral, lo que se llevó a cabo mediante laparoscopia robótica...

*Es preciso destacar (...), que, en el «Informe de Alta» ya se constata que el origen del proceso del que trae causa la presente reclamación se halla en un **«Atrapamiento ureteral izquierdo tras cesárea que requirió colocación de PPT tras intento infructuoso de colocación de catéter doble J»** siendo el diagnóstico consignado el de «YATROGENA URETERAL. REIMPLANTE URETERAL IZQUIERDO ROBOTICO».*

Lo anterior se confirma en el «Informe Preanestesia», de 15 de marzo de 2024, (...) donde consta como «diagnóstico» el de «Yatrogenia ureteral izda. tras cesárea», lo que se reitera en el informe del Servicio de Anatomía Patológica (como en el caso anterior, parte integrante del citado documento 4 que ahora se aporta) donde se vuelve a consignar, en el apartado «Datos Clínicos».

«Estenosis ureteral por yatrogenia ginecológica en cesárea».

SÉPTIMO.- Con fecha 27 de mayo de 2024 se procedió a retirar el catéter doble J a la ahora reclamante en quirófano bajo anestesia local (...), no siendo hasta el 30 de mayo de 2025 cuando se le retiró por fin la nefrostomía.

OCTAVO.- Con fechas 17 de junio de 2024 y 20 de enero de 2025 se sometió a sendas revisiones en Consulta de Urología, donde afortunadamente se pudo constatar que el procedimiento, por fin, se podía dar por resuelto, sin perjuicio de los resultados que se obtengan en la revisión a realizar en el plazo de un año”.

2. En cuanto a las consecuencias que, a su juicio, se derivan de la asistencia que fue

prestada, la reclamante entiende en su escrito, que:

“En cuanto al hecho imputable a la Administración a la que ahora nos dirigimos, resulta palmario que las secuelas y consecuencias resultantes de la intervención quirúrgica a la que fue sometida son absolutamente desproporcionadas con los riesgos asumidos ab initio y de los que, por cierto, no fue informada en el documento ad hoc que se le facilitó para su firma (Consentimiento Informado), siendo evidente que, en el presente caso, nos hallamos ante una desafortunada y/o defectuosa aplicación de la técnica quirúrgica aplicada, que en definitiva ha llevado a la reclamante a un penoso proceso de intervenciones y re-intervenciones que en absoluto tenía la obligación jurídica de soportar; y que trasciende cualquier criterio de proporcionalidad en lo que a los efectos secundarios de una operación se refiere.

Siendo conocedores de la actual línea doctrinal en el sentido de que las actuaciones médicas se encuadran en el ámbito de las obligaciones de medios y no de resultados, lo cierto es que en el presente caso es claro, por evidente, que no se aplicaron los recursos técnicos y/o científicos necesarios en la realización y posterior seguimiento de la intervención quirúrgica que nos ocupa, o cuando menos, no con la necesaria diligencia que el caso requería”.

3. Respecto a la indemnización de los perjuicios causados, el escrito de reclamación afirma:

*“Sin perjuicio de posterior revisión de la valoración de daños que ahora nos ocupa, esta parte cifra en la cantidad de **96.350,00 euros** la cuantía de los perjuicios ocasionados a la reclamante por los hechos anteriormente referenciados, y que constituyen el objeto de la presente reclamación”.*

No obstante, no se indica la base, el fundamento y desglose de la cantidad total que se solicita.

4. A su reclamación la interesada acompañó la documentación que estimó conveniente, consistente fundamentalmente en informes de Rioja Salud:

- Doc.1. Protocolo quirúrgico (03/02/2024).
- Doc.2. Informe de Alta, Cuidados obstétricos e informe de radiología (07/02/2024).
- Doc.3. Protocolo quirúrgico, derivación urinaria izquierda e Informe de alta (10/02/2024).
- Doc.4. Diversos documentos de fecha 15/03/2024 y 30/04/2024 del Servicio de Urología del Hospital San Pedro (HSP).
- Doc.5 Intervención quirúrgica (27/05/2024).
- Doc. 6 y 7. Revisiones de fecha 17/06/2024 y 20/01/2025.

Segundo

El 28 de mayo de 2025, la Secretaría General Técnica de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

1. Mediante escrito de 03/06/2025, y con Registro de salida del día siguiente, el Sr. Instructor del expediente comunica a la reclamante el nombramiento y diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial. Consta acuse de recibo de fecha 16/06/2025.

2. Ese mismo día, 03/06/2025, el instructor dirigió escrito a la Dirección del Área de Salud de La Rioja Hospital San Pedro, para que remitiera todos los antecedentes y datos existentes relativos a la atención prestada a la paciente, su historia clínica -relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de la reclamación-, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada, y en general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión de la reclamante.

Cuarto

Con fecha 19 de junio de 2025 se remite por la citada Área de Salud del HSP, la siguiente documentación que obra en el expediente:

1. Historia clínica de la paciente del Hospital Universitario San Pedro de Logroño.

2. Informes de los siguientes profesionales:

a) Informe médico emitido por el Jefe de Sección del Servicio de Urología del Hospital Universitario San Pedro de Logroño, de fecha de 12 de junio de 2025.

En el mencionado documento se realiza un resumen de la atención cursada por el Servicio, estableciendo las siguientes consideraciones:

“-Colocación de nefrostomía izquierda el 7 de febrero de 2024, ante la clínica de dolor lumbar y pruebas diagnósticos compatibles con atrapamiento ureteral izquierdo, como consecuencia de la cesárea practicada días antes.

-Durante el procedimiento se intentó en primer lugar la colocación de un catéter doble jota por vía endoscópica, realizando ureteroscopia izquierda y advirtiéndose un stop completo a nivel distal ureteral que lo impedía, motivo por el cual se precisó derivación externa mediante nefrostomía, la cual se comprobó que estaba correctamente colocada con salida de orina a ritmo retentivo.

-Realización de la cirugía de reconstrucción del tránsito urinario izquierdo mediante el reimplante

uretero vesical izquierdo mediante técnica de Lych-Gregoire robótica, el día 24 de abril de 2024, ante lo existencia de un atrapamiento completo del uréter distal izquierdo, que no hacía viable su re permeabilización.

-Seguimiento en consulta de urología de la evolución postquirúrgica con realización de TAC de control, que evidencia permeabilidad de la vía urinaria izquierda con buen funcionamiento de la unidad renal y correcta evolución de las heridas quirúrgicas. Último control realizado el 21 de enero de 2025”.

b) Informe médico emitido por las Dras. Facultativa Especialista de Área y MIR del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario San Pedro de Logroño, de fecha de 18 de junio de 2025.

En el citado documento, informan sobre la atención prestada a la paciente durante la cesárea el día 3 de febrero de 2024, manifestándose las siguientes consideraciones:

“Tras revisar exhaustivamente el informe médico y las circunstancias que rodearon la intervención, se puede confirmar que la cesárea se realizó en un contexto de urgencia, donde la prioridad era preservar la vida y bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

La cesárea fue indicada a las 6:15h del día 3/02/2024 por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Tras la extracción del recién nacido, alumbramiento e histerorrafia, se objetivó sangrado profuso de ángulo izquierdo debido a varices que la paciente presentaba en dicha zona tal y como se describe en el protocolo quirúrgico y nota evolutiva, lo que precisó de múltiples puntos sueltos en región de ángulo izquierdo y se dejó Tachosit (producto médico hemostático, específicamente una malla compuesta de colágeno y fibrina, diseñado para ayudar a controlar el sangrado durante cirugías. Se utiliza para promover la coagulación y facilitar la hemostasia en zonas quirúrgicas donde el sangrado es difícil de controlar con métodos convencionales). La cesárea finalizó tras control de sangrado a las 8.15h.

En este tipo de procedimientos, ciertas complicaciones, aunque desafortunadas, pueden ocurrir incluso cuando se actuó con la máxima diligencia y conforme a los protocolos médicos establecidos. La lesión ureteral es una complicación reconocida en este tipo de cirugía, como describe el propio consentimiento informado de la misma, especialmente en situaciones de urgencia y dificultad anatómica. Aportamos bibliografía que apoya dicha complicación”.

Quinto

Consta también. Informe médico pericial, emitido por el gabinete *CRITERIA*, realizado por Doctor especialista en Ginecología y Obstetricia, de fecha 14 de agosto de 2025, expone las siguientes conclusiones en su informe pericial:

“1. Se reclama porque se considera que ha existido una ausencia de aplicación en los recursos técnicos o científicos necesarios en la realización y posterior seguimiento de la intervención quirúrgica, así como que las secuelas son desproporcionadas con los riesgos asumidos ab initio y que trascienden cualquier criterio de proporcionalidad.

2. La cesárea ante una sospecha de pérdida de bienestar fetal es la única técnica viable para la extracción fetal y salvaguardar la vida del feto en este caso concreto.



- 3. La lesión ureteral es una complicación conocida y descrita en la literatura en el desarrollo de una cesárea, más aún si es urgente.*
- 4. El procedimiento a seguir ante una obstrucción ureterales es el que se realizó, la inserción de un catéter tipo doble J y en caso de que no sea posible, la realización de una nefrostomía.*
- 5. EL catéter de nefrostomía puede desplazarse o desinsertarse en el contexto agudo debido a factores anatómicos, técnicos y de la propia paciente.*
- 6. El reimplante ureteral mediante cirugía robótica presenta claros beneficios respecto a otras vías de abordaje quirúrgico.*
- 7. Los recursos técnicos o científicos necesarios se aplicaron de manera correcta. El seguimiento realizado fue el correcto.*
- 8. No considero que las secuelas son desproporcionadas con los riesgos asumidos ab initio y que trascienden cualquier criterio de proporcionalidad ya que la no realización de la cesárea urgente no era una opción, era necesaria para asegurar el bienestar fetal.*
- 9. El porcentaje de casos que presentan consecuencias a largo plazo después de la reimplantación ureteral mediante cirugía robótica en el contexto de una Lesión ureteral causada por cesárea urgente es menor al 5% para complicaciones mayores como obstrucción ureteral, necesidad de reintervención o deterioro de la función renal. La mayoría de los estudios multicéntricos y series de casos reportan tasas de éxito anatómico y funcional superiores al 95%, con complicaciones menores (como infecciones urinarias, dolor transitorio o síntomas irritativos) en menos del 10% de los casos, y complicaciones graves en menos del 1% al 5%”.*

Sexto

No se recoge en el expediente que el Instructor haya remitido escrito a la Dirección General de prestaciones y Farmacia, para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre los aspectos esenciales de la reclamación para facilitar la propuesta de resolución sobre la misma.

En el expediente no constaba informe de la Inspección sanitaria.

Séptimo

El Instructor, dando por finalizada la instrucción del expediente, mediante escrito de fecha 26/08/2025 le concedió trámite de audiencia a la reclamante, con acuse de recibo el 04/09/2025.

La reclamante solicitó el traslado de todo lo instruido en el expediente el 04/09/2025 y en la misma fecha, se remite a la reclamante copia de la documentación obrante en el expediente.



Con fecha 22 de septiembre y Registros de entrada el 24 y el 30 de septiembre de 2025, la reclamante presentó escrito de alegaciones, en el que:

- a) Incide en la falta de información sobre el riesgo de *“afecciones de las vías urinarias”* en la realización de una cesárea, al entender que en el documento de Consentimiento Informado por ella firmado - para el procedimiento de *“asistencia al parto”*-, no se incluía este riesgo específico y que no consta el Consentimiento Informado de *“Cesárea”* en la documentación que le ha sido facilitada.
- b) Refiere que su caso no se puede considerar *“de urgencia”*, dado el trascurso de varias horas de parto infructuoso -durante las cuales podría haber sido debidamente informada de dichos riesgos mediante el traslado del documento de Consentimiento Informado para *“Cesárea”* en el que sí consta la posibilidad de *“afecciones de las vías urinarias”*-, así como la presencia de líquido amniótico claro y la ausencia de signos de sufrimiento fetal.
- c) Recalca que el objeto de su reclamación no es la primera fase de la cesárea -extracción fetal-, sino la segunda, es decir, el momento de cierre de la herida quirúrgica, siendo este momento cuando *“se le ocasionó una uretero hidronefrosis izquierda de origen iatrogénico por «atrapamiento del uréter»”*.
- d) Aclara que no existe por su parte reproche alguno por el tratamiento reparador que fue llevado a cabo por el Servicio de Urología, calificando de innecesario su informe. Por último, aporta como documento adicional un informe facultativo del Servicio de Urología, de 25 de enero de 2025, en el que se hace constar que *“el reimplante ureteral hace en principio poco recomendable un nuevo embarazo por riesgo de compresión/compromiso de la funcionalidad del uréter reimplantado”*, por lo que, a los reproches inicialmente vertidos en su escrito de reclamación, añade el de *“pérdida de oportunidad”*, al entender que ello le priva de sus deseos de tener más descendencia.

Octavo

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el día 18 de noviembre de 2025, remite todas las actuaciones habidas en el procedimiento, así como la propuesta de resolución con la misma fecha, por la que se desestima la reclamación.

En el mismo escrito se remite el expediente íntegro a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe. Dicha remisión se hace el día siguiente, 19 de noviembre de 2025. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 1 de diciembre de 2025.

Noveno

Remitido el expediente al Consejo Consultivo, asumida su consulta, y una vez analizado el expediente, se consideró que, para emitir dictamen, era preciso ampliar el expediente con el análisis técnico de la Inspección Médica. En consecuencia, se requirió, con fecha 20/01/2026 a la Consejera de Salud y Políticas Sociales que lo remitiera, al amparo de la previsión del artículo 42 del citado Reglamento del Consejo, con la advertencia de que el plazo de emisión del dictamen se suspendería hasta que tuviera entrada en el Consejo el expediente completo (42.2 RCCR).

Agotado el plazo de suspensión se archivó la consulta, y la Excma. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales, con fecha 06/03/2026 remite al Consejo Consultivo una nueva consulta acompañando al expediente original, con nueva documentación:

- 1) Escrito del Instructor del expediente con fecha 20/01/2026, de solicitud a la Dirección General (DG) de Prestaciones y Farmacia para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.
- 2) Escrito de la DG de Prestaciones y Farmacia, con fecha 05/03/2026 por el que remite el informe requerido de la Inspección Médica.

Recibida la consulta, el Consejo acusa recibo según se expone en los antecedentes de la consulta.

El informe de la Inspección médica, de fecha 05/03/2025, contiene las siguientes conclusiones:

- “1. En la primera consulta obstétrica se realizaron adecuadamente a la paciente las exploraciones y la solicitud de pruebas complementarias protocolizadas, con resultados dentro de rango normal. Se identificó a la paciente como gestante de alto riesgo por existencia de criterios de riesgo (edad materna, elevado índice de masa corporal, Rh negativo y riesgo de preeclampsia).*
- 2. Posteriormente se realizó el seguimiento del embarazo, de acuerdo con los protocolos establecidos por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).*
- 3. La atención al inicio del parto y la monitorización fetal intraparto, con el fin de detectar de forma temprana posibles signos de compromiso del bienestar fetal, se llevaron a cabo de forma correcta y adecuada en tiempo y forma. De este modo se identificaron signos de pérdida del bienestar fetal (registro cardiotocográfico decelerativo y taquicardia fetal), por lo que la indicación de cesárea urgente resultó procedente con el fin de salvaguardar el bienestar fetal y materno.*
- 4. En el protocolo quirúrgico de la cesárea se registró la existencia de sangrado abundante de varicocele en pared uterina izquierda. Se procedió a realizar hemostasia con bisturí eléctrico y*

múltiples puntos sueltos en región de ángulo izquierdo por dicho sangrado abundante procedente de varices, siendo precisa también la utilización de hemostasia local con TachoSil, que de acuerdo con su Ficha Técnica esta indicado como tratamiento de apoyo en cirugía para mejorar la hemostasia.

5. De acuerdo con la literatura científica, la paciente presentaba factores de riesgo de lesión ureteral en el contexto de cesárea: urgencia del procedimiento, hemorragia profusa que precisó hemostasia intensa, índice de masa corporal alto.

6. El 5º día postoperatorio, 07-02-2024, por presentar la paciente, dolor, a nivel de fosa renal izquierda y detectar signos de ureterohidronefrosis izquierda se realizó interconsulta al servicio de Urología del HUSP.

7. Ese mismo día se realizó un UROTAC a la paciente, que mostró retraso de la captación cortical y nula eliminación de contraste por riñón izquierdo, en comparación con el contralateral, leve hidronefrosis grado I y II y uréter izquierdo -ligeramente dilatado hasta la pelvis, se deja de diferenciar en pelvis menor; coincidiendo con la presencia de material hemostático (TachoSil). Dichos hallazgos son indicativos de la existencia de una obstrucción de uréter izquierdo a nivel distal relacionado con la presencia de la esponja hemostática(TachoSil).

8. La actuación de los facultativos del servicio de Urología se ajustó a los criterios que figuran en las guías clínicas y literatura científica en cuanto al abordaje y tratamiento de la obstrucción distal del uréter. Como medida inicial, previa valoración clínica, determinaciones de laboratorio oportunas y pruebas de imagen, se procedió a llevar a cabo derivación urinaria izquierda. No fue posible realizarla mediante catéter doble J debido a la existencia de un stop en uréter distal que no permitió el paso del ureteroscopio ni de la guía teflonada, por lo que se procedió, bajo control ecográfico y escopia, a colocar nefrostomía izquierda sin incidencias, comprobándose la salida a través de la misma de orina clara. Posteriormente se realizó reimplante ureteral izquierdo robótica sin incidencias.

9. La movilización del catéter de nefrostomía es una complicación posible y conocida derivada de la realización de dicha técnica. En el caso de la paciente la movilización del catéter fue identificada y colocado, de nuevo el catéter adecuadamente en tiempo y forma.

10. La asistencia y seguimiento de la paciente por parte del servicio de Urología del HUSP fue diligente y apropiada.

Conclusión final: Considerando los datos recogidos en la historia clínica de [la reclamante] y la bibliografía científica consultada, se concluye que la paciente sufrió una lesión yatrogénica a nivel de uréter izquierdo, en el contexto de la realización de una cesárea con múltiples factores de riesgo. La lesión fue identificada y tratada adecuadamente en tiempo y forma. No es posible concluir que la actuación de los profesionales del Servicio Riojano de Salud que intervinieron en el proceso asistencial a que hace referencia la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada no fuera ajustada a la Lex artis ad hoc”.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha



06/03/2026 registrado de entrada en este Consejo el día 09/03/2026e, la Consejería de Salud y Políticas Sociales, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 10/03/2026, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma como bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

La reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 96.350 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en relación con: i) el artículo 65.4 de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR; y, ii) el artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del artículo 81.2, párrafo 3, de la LPACAP, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPACAP, así como en el artículo 34.2 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), que se remite a los criterios de la legislación en materia

fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social.

Segundo

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, arts. 32.1 LRJSP y 65, 67, 81, 91.2 LPACAP) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen D.3/07, “*la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido*

con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”.

Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de la Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º, que: “«...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», *debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*”.

Adicionalmente, según ha reiterado este Consejo en buen número de dictámenes, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, núm. 262/2025, de 3 de octubre (ECLI:ES:TSJLR:2025:379), que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que en el proceso contencioso-administrativo rige el principio general, inferido del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho:

“... («Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa non sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.

Esta regla general se excepciona en supuestos de reclamaciones por daño desproporcionado, en los que doctrina y jurisprudencia exigen una prueba de descargo por parte de la Administración.

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. En el presente caso, la reclamante fundamenta su reclamación en las siguientes consideraciones:

A) Existencia de una mala praxis médica durante la intervención quirúrgica de cesárea a la que fue sometida el día 3 de febrero de 2024, concretamente en su segunda fase, en el momento del cierre de la herida quirúrgica.

B) Niega la existencia de urgencia en la intervención de cesárea con el siguiente razonamiento: *“Después de varias horas de parto infructuoso el equipo médico comunicó a la que comparece que lo mejor sería hacer una cesárea y ello -efectivamente- para no alargar una situación que podría poner en peligro el bienestar fetal, situación que, en realidad, nunca se llegó a dar (la pérdida de bienestar fetal)”*.

Llegando a concluir que, *“Todo ello nos lleva a la conclusión de que la omisión del deber de información de la que fue objeto la reclamante no se debió a la urgencia de la cesárea”*.

C) Ha existido una ausencia de aplicación de recursos técnicos o científicos necesarios en la realización y posterior seguimiento de la intervención quirúrgica.

D) Niega existencia de Consentimiento informado, *“No se le informó de los riesgos de sufrir dicha complicación, en cuanto que no constaba en el consentimiento informado que prestó para «asistencia al parto»”,* no figurando consentimiento para la intervención de cesárea.

E) Se ha ocasionado una “pérdida de oportunidad” en cuanto ha visto truncadas sus expectativas de nuevo embarazo.

La reclamante aporta como documento adicional en sus alegaciones, un informe facultativo del Servicio de Urología, de 21 de enero de 2025, en el que se hace constar que *“el reimplante ureteral hace en principio poco recomendable un nuevo embarazo por riesgo de compresión/compromiso de la funcionalidad del uréter reimplantado”*, por lo que, a los argumentos inicialmente vertidos en su escrito de reclamación, añade el de *“pérdida de*

oportunidad”, al entender que ello le priva de sus deseos de tener más descendencia.

Finalmente, la reclamante exonera, expresamente, de cualquier responsabilidad al Servicio de Urología.

2. En los diversos informes presentados por la administración sanitaria encontramos información sobre algunos de los extremos objeto de la reclamación, acerca de la asistencia sanitaria recibida por la reclamante en el Hospital San Pedro de Logroño, que refutan sus afirmaciones, sin encontrar indicio alguno de un quebranto de la *lex artis*.

A) Respecto a la *mala praxis* de la segunda fase de la intervención de la cesárea:

i) El informe las doctoras del Servicio de Ginecología y Obstetricia explica:

“La cesárea fue indicada a las 6:15h del día 3/02/2024 por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Tras la extracción del recién nacido, alumbramiento e histerorrafia, se objetivó sangrado profuso de ángulo izquierdo debido a varices que la paciente presentaba en dicha zona tal y como se describe en el protocolo quirúrgico y nota evolutiva, lo que precisó de múltiples puntos sueltos en región de ángulo izquierdo y se dejó Tachosil (producto médico hemostático, específicamente una malla compuesta de colágeno y fibrina, diseñada para ayudar a controlar el sangrado durante cirugías. Se utiliza para promover la coagulación y facilitar la hemostasia en zonas quirúrgicas donde el sangrado es difícil de controlar con métodos convencionales). La cesárea finalizó tras control de sangrado a las 8.15h”.

...

La lesión ureteral es una complicación reconocida en este tipo de cirugía, como describe el propio consentimiento informado de la misma, especialmente en situaciones de urgencia y dificultad anatómica.

...

En el protocolo quirúrgico de la cesárea se reflejó como incidencia la presencia de dilataciones varicosas y sangrado abundante procedente de aquellas en la región del ángulo izquierdo uterino, precisándose de hemostasia, incluyendo TachoSil”.

ii) El informe de la Inspección médica, afirma:

“4. En el protocolo quirúrgico de la cesárea se registró la existencia de sangrado abundante de varicocele en pared uterina izquierda. Se procedió a realizar hemostasia con bisturí eléctrico y múltiples puntos sueltos en región de ángulo izquierdo por dicho sangrado abundante procedente de varices, siendo precisa también la utilización de hemostasia local con TachoSil, que de acuerdo con su Ficha Técnica esta indicado como tratamiento de apoyo en cirugía para mejorar la hemostasia.

5. De acuerdo con la literatura científica, la paciente presentaba factores de riesgo de lesión ureteral en el contexto de cesárea: urgencia del procedimiento, hemorragia profusa que precisó hemostasia intensa, índice de masa corporal alto”.

iii) El informe de la aseguradora *CRITERIA*, en sus conclusiones considera:

“La lesión ureteral es una complicación conocida y descrita en la literatura en el desarrollo de una cesárea, más aún si es urgente”.

B) Respecto a la inexistencia de URGENCIA de la intervención de cesárea.

i) El informe las doctoras del Servicio de Ginecología y Obstetricia explica:

“... tras revisar exhaustivamente el informe médico y las circunstancias que rodearon la intervención, se puede confirmar que la cesárea se realizó en un contexto de urgencia, donde la prioridad era preservar la vida y bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

La cesárea fue indicada a las 6:15h del día 3/02/2024 por riesgo de pérdida de bienestar fetal”.

ii) El informe de la Inspección médica, expresa lo siguiente:

“La atención al inicio del parto y la monitorización fetal intraparto, con el fin de detectar de forma temprana posibles signos de compromiso del bienestar fetal, se llevaron a cabo de forma correcta y adecuada en tiempo y forma. De este modo se identificaron signos de pérdida del bienestar fetal (registro cardiotocográfico decelerativo y taquicardia fetal), por lo que la indicación de cesárea urgente resultó procedente con el fin de salvaguardar el bienestar fetal y materno”.

iii) El informe de *CRITERIA*, asegura:

“La cesárea ante una sospecha de pérdida de bienestar fetal es la única técnica viable para la extracción fetal y salvaguardar la vida del feto en este caso concreto”.

C) Ausencia de aplicación de recursos técnicos o científicos necesarios en la realización y posterior seguimiento de la intervención quirúrgica.

i) El informe de la inspección médica, expresa lo siguiente:

“Considerando los datos recogidos en la historia clínica de D^a y la bibliografía científica consultada, se concluye que la paciente sufrió una lesión yatrogénica a nivel de uréter izquierdo, en el contexto de la realización de una cesárea con múltiples factores de riesgo. La lesión fue identificada y tratada adecuadamente en tiempo y forma”.

ii) El informe de *CRITERIA*, afirma:

“7. Los recursos técnicos o científicos necesarios se aplicaron de manera correcta. El seguimiento realizado fue el correcto”.

3. Respecto al resto de los argumentos de la reclamante, del estudio del expediente se puede llegar a las siguientes conclusiones

A) Inexistencia de consentimiento informado.

Si bien es cierto que no consta en su Historia Clínica un documento específico de

Consentimiento Informado para la realización de cesárea, la reclamante firmó -y así lo reconoce- el Consentimiento informado de la “*Asistencia al parto*” (que figura en el expediente). En el mismo consta de forma expresa el riesgo de “*Lesión uretreal*”, figurando igualmente la posibilidad de que, ante una complicación “*fuera necesaria una intervención de Cesárea*”.

B) Sobre la “pérdida de oportunidad” por verse truncadas sus expectativas de nuevo embarazo.

Hay que tener en cuenta que la paciente ya presentaba como factores de riesgo gestacional, la edad materna (38), Rh negativo, el IMC (32), y un cribado de preeclampsia de alto riesgo y que existió un aborto previo y que, en la Nota Clínica de 21 de enero de 2025 en la que se basa, se señala un control con ECO en un año, con lo que dicha consideración no es definitiva ni permanente, y que también se afirma que “*NO EXISTE UNA CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA*” para un nuevo embarazo.

Tal como hemos expresado anteriormente la cesárea practicada a la reclamante era “*la única técnica viable para la extracción fetal y salvaguardar la vida del feto en este caso concreto*”, por lo que no existían otros parámetros de actuación posibles que hagan asumible una pérdida de oportunidad.

Por otra parte, queda suficientemente reflejado en la propuesta de resolución que, “*no existe una relación causalidad entre la actuación de la administración y los riesgos adicionales en un hipotético futuro embarazo, ni existía una expectativa real de un mejor resultado de haberse actuado diferente*”, ni tampoco la Nota clínica precisa una “*frustración definitiva*”, requisitos, todos ellos, necesarios para poder contemplar “*la pérdida de oportunidad*”.

Criterio del Consejo

El juicio de este Consejo coincide con la propuesta de resolución de desestimación de la reclamación.

El escrito de la reclamante determina que la reclamación no se refiere a la primera fase de la cesárea -extracción fetal-, sino a la segunda, es decir, el momento de cierre de la herida quirúrgica, siendo este momento cuando “*se le ocasionó una uretero hidronefrosis izquierda de origen iatrogénico por «atrapamiento del uréter»*”.

En efecto, si bien se ha reconocido que la reclamante sufrió una lesión yatrogénica a nivel de uréter izquierdo, en el contexto de la realización de una cesárea con múltiples factores de riesgo, entendemos, no obstante, que la lesión fue identificada y tratada adecuadamente en tiempo y forma, considerando que la actuación de los profesionales del

Servicio Riojano de Salud que intervinieron en el proceso asistencial a que hace referencia la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada fue ajustada en todo momento a la *lex artis ad hoc*.

Por otra parte, la reclamante no ha presentado prueba ni informe pericial alguno que justifique sus postulados. No concreta cual es la infracción de *lex artis* cometida, en el cierre de la herida quirúrgica, ni qué negligencia ha existido en su seguimiento, máxime cuando circunscribe la responsabilidad al Servicio de Ginecología y exonerando de toda responsabilidad al Servicio de Urología.

Para abordar todos los motivos de la reclamación se tratará separadamente cada una de las razones de pedir que se sostienen por la reclamante. Uniendo la fundamentación de la reclamación y de las alegaciones, dice: i) que las secuelas y consecuencias resultan absolutamente desproporcionadas, los efectos secundarios trascienden cualquier criterio de proporcionalidad; ii) que no fue informada en documento *ad hoc*; iii) que se produjo una desafortunada y/o defectuosa aplicación de la técnica quirúrgica; y, iv) que ha sufrido una pérdida de oportunidad de volver a embarazarse.

1. El carácter desproporcionado hay que remitirlo a un posible supuesto de daño desproporcionado. Nuestra doctrina, al respecto, es clara y excluye tal consideración cuando el daño sea “*típico*” (STS 23/10/2008; ECLI:ES:TS:2008:5371), aunque pueda resultar poco frecuente (vid. D.37/07, D.63/08, D.19/11, D.96/20, D.16/23 y D.51/23).

Doctrina de creación jurisprudencial similar a otras de derecho comparado para facilitar la prueba al reclamante: *faute virtuelle* (culpa virtual), *prima facie* (a primera vista o en principio), *Anscheinsbeweis* (apariencia de prueba) o *res ipsa loquitur* (la cosa habla por sí misma).

Corresponde al reclamante probar el daño y su carácter desproporcionado, y ello, si bien no determina por sí sólo la existencia de responsabilidad del médico, exige “*una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implicaba la actividad médica y la consecuencia producida*” (STS 30/04/2007; ECLI:ES:TS:2007:2559).

El propio TS (SSTS 19/05/2016; ECLI:ES:TS:2016:2185 o 21/01/2021; ECLI:ES:TS:2021:219) la resume: “...la doctrina del daño desproporcionado o resultado clamoroso significa lo siguiente: 1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado. 2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible - por su desproporción - ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada. 3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del



efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor. 4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño. 5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado”.

En el consentimiento informado aparecía como riesgos típicos: “4. *Transtornos hemorrágicos...* 5. *Lesiones... lesión ureteral...*”. Por tanto, no hay prueba de que se haya producido ningún daño desproporcionado.

2. El consentimiento informado consta en la documentación remitida para la “*asistencia al parto*”, pero no hay un consentimiento específico para la cesárea.

Las complicaciones sufridas por la paciente se encuentran recogidas entre los riesgos descritos en los consentimientos informados que ésta firmó y también dependen de los antecedentes de la paciente y de sus circunstancias (existencia de varices con abundante sangrado), por lo que no puede hablarse de daño antijurídico al ajustarse la asistencia dispensada a la *lex artis ad hoc*.

Desde luego, la ausencia de consentimiento informado puede configurarse como una infracción de la *lex artis*. La Sentencia del Tribunal Supremo núm. 1226/2020, de 30 de septiembre (ECLI:ES:TS:2020:3106), incide en que la vulneración del derecho a un consentimiento informado “*constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la lex artis ad hoc, que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones vitales que se le presenta*”.

La normativa básica estatal, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LCI) exige el consentimiento informado. No obstante, “*los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:* a) *Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.* b) *Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo*



permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él” (artículo 9.2 LCI). Esa previsión tiene su reflejo autonómico en la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud, cuyo artículo 6.2 establece la siguiente excepción “No será preciso el consentimiento del usuario en los siguientes supuestos: a) Cuando el procedimiento diagnóstico o terapéutico sea imprescindible para garantizar la salud pública. b) Cuando cualquier demora de una intervención médica inmediata pueda ocasionar daños irreversibles o la muerte del usuario”.

En el caso que nos ocupa, todos los informes afirman el carácter urgente de la cesárea por posible sufrimiento fetal. El Consejo considera aplicable la excepción de los artículos 9.2.b) LCI y 6.2.b) LSLR y que no se aprecie incumplimiento de la *lex artis*, pues cualquier demora en la citada intervención médica podía haber ocasionado incluso la muerte. En otros términos; encontrándonos ante un supuesto en el que el consentimiento informado no resultaba legalmente preceptivo, no puede anudarse a ese requisito ninguna consecuencia.

El Consejo considera pacífico el carácter urgente de la intervención. La declaración de urgencia de la intervención de cesárea era la ***“única técnica viable para la extracción fetal y salvaguardar la vida del niño, en este caso concreto”***.

No obstante, la reclamante no ha podido acreditar su afirmación por la que considera inadecuada la consideración de urgencia de la intervención, llegando a afirmar como única prueba para justificar dicho postulado que *“No consta, en la documentación a la que esta parte ha tenido acceso, que el bebé naciera con signos de sufrimiento fetal importante”*.

No se puede hacer la valoración de los hechos *ex post facto* según tiene dicho este Consejo y resulta de la jurisprudencia del Supremo. Afirmar que no había urgencia por el hecho de que el bebé naciera sin sufrimiento es un argumento con un claro sesgo retrospectivo que debemos rechazar.

En nuestro dictamen D.88/09 dijimos que *“la valoración de los hechos debe hacerse de acuerdo con el contexto y sintomatología existente en el momento de realización de las distintas actuaciones de asistencia y a la vista de cuanto está documentado clínicamente de las mismas, sin proyectar «ex ante» lo que solo humana y científicamente puede conocerse «ex post»”*. La reclamante no ha presentado ninguna prueba que desdiga el carácter urgente de la cesárea.

Por su parte, el Tribunal Supremo (STS 03/02/2026; ECLI:ES:TS:2026:435), con cita de la STC 148/2021, y en relación a las medidas adoptadas durante el estado de alarma por la pandemia de COVID-19 señala que: *“las medidas que se tomaron lo fueron de acuerdo con el conocimiento científico de la epidemia habido entonces, no resultando desproporcionadas esas medidas a la vista de la situación existente. Añadiendo el Tribunal que su procedencia o eventual desacierto no pueden ni deben considerarse o enjuiciarse*



conforme a lo conocido con posterioridad -la denominada cláusula hindsight o sesgo retrospectivo de la jurisprudencia anglosajona-, ni genera responsabilidad incluso cuando fueren mejorables a la vista de los conocimientos adquiridos luego. Mismo criterio de no retrospección mantenido por nuestro Tribunal Supremo cuando ha declarado la prohibición del regreso lógico desde acontecimientos futuros (sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de fechas 14 y 15 de febrero de 2006; 7 de mayo de 2007 y 10 de junio de 2008 y Sala Tercera en Sentencia de fecha 14 de noviembre de 2001, Rec. 8397/1997) -contagios de Hepatitis C- y otras muchas”.

3. La defectuosa aplicación de la técnica quirúrgica.

Todos los informes médicos obrantes en el expediente, sobre la intervención de la cesárea a la reclamante, tanto en la primera como en la segunda fase, afirman, sin lugar a dudas, que fue correcta y ajustada a las recomendaciones de las Guías clínicas descartando *mala praxis*.

Ni la reclamante ha aportado pruebas que permitan poner en cuestión la corrección de la actuación médica, ni este Consejo tienen ninguna razón para poner en duda los informes médicos que así lo afirman.

4. La pérdida de oportunidad tampoco está acreditada.

Finalmente, no se reúne requisito alguno para considerar el principio de *“pérdida de oportunidad”*. Una recomendación del Servicio de Urología para no volver a embarazarse, no frustra la posibilidad de que así se haga.

Resumen conclusivo

En definitiva, la reclamante, no ha acreditado la existencia de una asistencia sanitaria deficiente o negligente, según la ciencia médica, en atención a las circunstancias concretas de la paciente, aportando únicamente una valoración subjetiva del proceso asistencial seguido, mientras que, en sentido contrario, obran en el expediente diversos juicios técnicos que afirman que, *“los recursos técnicos o científicos necesarios se aplicaron de manera correcta. El seguimiento realizado fue el correcto*, descartando que, en este caso, se haya producido una actuación contraria a la *lex artis ad hoc*.

Así las cosas, quedaría excluida la responsabilidad de la Administración.



CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos Sanitarios, al ajustarse su actuación a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO