



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 140/2016

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de abril de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por N.L.V.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 104/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado por N.L.V.G., representada por el abogado J.E.H.S., en solicitud de una indemnización de 50.000 euros por los daños que alega que le ha causado la deficiente asistencia médica recibida el 19 de marzo de 2011 en el Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma en Santa Cruz de La Palma y de titularidad del Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación (art. 142.5 *in fine* LRJAP-PAC).

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud; si bien, mediante Resolución de 22 de abril de 2004 (BOC nº 98, de 21 de mayo) se delega en los Directores Gerentes de Hospitales del Servicio Canario de la Salud de las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria y Gerentes de los Servicios Sanitarios de las Áreas de Salud de La Palma y Lanzarote la competencia para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de su respectivo ámbito de actuación.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma ley.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan. En particular, se han emitido los preceptivos informes de los servicios de Urgencias y de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de La Palma a cuyo funcionamiento se imputa la causación de la lesión; se ha abierto el trámite probatorio en el que se ha admitido la prueba documental aportada por la interesada; y a esta se le ha dado vista del expediente y audiencia para que presente alegaciones finales antes de redactar la Propuesta de Resolución, sobre la cual el Servicio Jurídico ha emitido su preceptivo informe estimándola conforme a Derecho. En definitiva, no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un dictamen de fondo.

II

1. La fundamentación fáctica según reclamación es la siguiente:

El 19 de marzo de 2011, la interesada, que se había enterado dos días antes de que estaba embarazada, sintió un dolor abdominal intenso y comenzó a manchar, por lo que acudió al Servicio de Urgencias del citado Hospital General, a donde llegó unos treinta minutos más tarde.

A la doctora que la atendió le comunicó que estaba embarazada. En el Servicio de Urgencias no estaba el ginecólogo de guardia, el cual telefónicamente indicó que se volviera para su casa y que dentro de 48 horas la observaría y verificaría su estado.

En el informe de alta de Urgencias, datado el 19 de marzo de 2011 y suscrito por la doctora que la atendió, se expresa que la paciente estaba embarazada, con probable amenaza de aborto y se le indicaba que volviera a las 48 horas para repetir analítica con coriogonadotrofina.

Al día siguiente, tornó al Servicio de Urgencias del Hospital General debido a que presentaba dolores, molestias y sangrado que desembocaron en un aborto.

Alega que la producción del aborto se debió a «la no atención y abandono del Dr. ginecólogo de guardia, que ni se encontraba físicamente en la guardia, y una vez localizado no prestó importancia a la situación de la paciente, ni hizo acto de presencia en Urgencias, sino que ordenó que la mandaran de vuelta a su casa, sin tratamiento alguno, y que volviera a las 48 horas, existiendo una amenaza de aborto».

Solicita una indemnización de 50.000 euros por la frustración del embarazo.

2. El escrito de reclamación aporta la siguiente documentación médica:

1) Los resultados de una analítica, de 17 de marzo de 2011, realizada a la reclamante por el laboratorio clínico del Hospital General donde se expresa que la prueba de embarazo mediante análisis de la orina ha dado resultado positivo y que en el apartado «observaciones» indica «BHCG en sangre»; es decir, que se ha constatado que la hormona beta gonadotrofina coriónica humana (BHCG) está presente en el torrente sanguíneo.

2) Los resultados de la analítica, de 19 de marzo de 2011, realizada a la paciente por el laboratorio clínico del Hospital General, a solicitud de la doctora del Servicio

de Urgencias de dicho Hospital que la atendió ese día, recogen un resultado en el suero sanguíneo de 285.4 mu.int/ml de coriogonadotropina.

3) Los resultados de la analítica, de 20 de marzo de 2011, realizada a la paciente por el laboratorio clínico del Hospital General, a solicitud del doctor del Servicio de Urgencias de dicho Hospital que la atendió ese día, recogen un resultado en el suero sanguíneo de 88.6 mu.int/ml de coriogonadotropina.

4) El informe de alta de urgencias, de 19 de marzo de 2011, del Servicio de Urgencias del Hospital General, expresa que la paciente consulta por presentar cuadro de dolor de abdominal desde hace 30 minutos aproximadamente tipo molestias más fuertes que hace unos días; y refiere haberse realizado un test el día anterior con resultado de embarazo positivo de no sabe cuántas semanas, y que este embarazo fue natural.

Como antecedentes se recogen aborto y cuatro tratamientos de inseminación artificial.

Se consigna como resultado de la analítica sanguínea: coriogonadotrofina 285.4.

En este informe consta como diagnóstico la sospecha de embarazo; que la médica comentó el caso con el ginecólogo de guardia; y que se decidió repetir la analítica con beta coriogonadotrofina al cabo de cuarenta y ocho horas.

El diagnóstico al alta es de «Embarazo» y «Probable amenaza de aborto».

En el apartado «Recomendaciones» figura: «Acudir a Urgencias de este centro dentro de 48 hrs para repetir analítica con coriogonadotrofina y consultar con Ginecología. Se recomienda seguimiento por médico de cabecera y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al Servicio de Urgencias».

5) En Informe de alta de Urgencias, de 20 de marzo de 2011, del Servicio de Urgencias del Hospital General, consta que:

- La paciente acude para repetir analítica y consultar con ginecólogo por sangrado vaginal.

- Analítica de sangre: coriogonadotrofina: 88.6.

- Resumen evolutivo: «(s)e recibe paciente de 38 años, IIG, IA, FUR: 07/02/2011 y gestación de 06 semanas más 05 días (concepción espontánea), por sangrado genital de 06 horas evolución con dolor en hipogastrio. Diuresis conservadas. Obj: Ex ginecológico: G. externos: aspecto y conf. normal. espéculo: sangrado moderado oscuro por OCE. Ecografía: útero en AVF, Lon: 81 mm con contenido endometrial

homogéneo de 8,1 mm de espesor. Dx: aborto completo por bioquímica. (HCG del 19/03/2011: 285.4; 20/03/2011: 88.6); Tto: Methergin: 15 gotas V.O. cada 08 horas por 07 días».

- Diagnóstico al alta: aborto completo.

3. El informe, de 9 de julio de 2012, emitido por el Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General, es de este tenor:

«Paciente tercigesta de 39 años con dos abortos anteriores, la paciente arriba mencionada acudió por urgencias por cuadro de dolor en hipogastrio de media hora de evolución, tras conocerse gestante el día anterior, y con una fecha de última regla incierta, que la paciente creía que era para principios de febrero; tras historiarla y examinarla el médico de guardia le solicitó una B-HCG, también llamada hormona del embarazo, que resultó de 285,5 mu int/ml. y consultó con el ginecólogo de guardia. El ginecólogo de guardia vio que esa cifra era muy baja para el tiempo de embarazo que la paciente decía tener, ya que se necesitan como mínimo unos valores en torno a 1000-1200 muint/ml para poderse ver embarazo evolutivo por ecografía y recomendó valoración en 48h de la hormona del embarazo y actuar en consecuencia según el resultado del mismo. Posteriormente la paciente comenzó con mas sangrado y expulsó el embarazo incipiente, ya que acudió nuevamente, no habiendo feto en este embarazo ya que dicha condición se alcanza a las 12 semanas de gestación, ni embrión, ya que con esos niveles de hormona no lo hay, se trató por lo tanto de un aborto bioquímico o precoz como queda reflejado en el segundo informe de alta, el nivel de B-HCG bajó de 285 a 88,6. Por último decir que no influye, ni influirá para nada en el desarrollo del aborto el que el ginecólogo la viese o no, ya que desgraciadamente cuando esto sucede nada puede hacerse».

4. El informe, de 13 de junio de 2015, de la inspectora-médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, sienta los siguientes hechos:

«A.- La reclamante, posee antecedentes de aborto en febrero de 2005.

Acude a su médico de cabecera el 16 de marzo de 2011 por amenorrea y dolor abdominal. Por indicación de este se realiza el 17.03.11 análisis de sangre y orina.

El día 18 recoge los resultados y se obtiene un valor positivo para embarazo, esto es, se ha producido la implantación del embrión.

B.- El día 19 de marzo de 2011, acude al Hospital General de La Palma por dolor abdominal «tipo molestias» y manchando.

Datación no exacta por referencias dudosas de la reclamante, fecha de última regla (FUR): 07.02.11. Tiempo de gestación: 5 semanas+5.

Sobre las 13:00 horas se practica analítica que incluye determinación de B-hCG (gonadotropina coriónica humana). El resultado es de 285 mu.int/ml para B-hCG y el resto de los parámetros bioquímicos, hemograma y coagulación en absoluta normalidad.

Para el momento evolutivo en que se encontraba las cifras normales de B-hCG que corresponden deberían oscilar entre: 850 - 20800 mu.int/ml. Por tanto el resultado obtenido era muy bajo.

Por otra parte, no se realiza exploración ecográfica como quiera que es a partir de niveles superiores a 1000 mu.int/ml cuando es factible localizar la gestación por ecografía transvaginal.

Por tal circunstancia, ante una situación de estabilidad, con constantes normales con buen estado general, descartada infección o anemia, se recomienda regresar en 48 horas a fin de repetir analítica de B-hCG y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al Servicio de Urgencias.

En este momento, la baja cifra de la hormona obtenida debe ser reevaluada al cabo de 48-72 horas para ver cómo el nivel está cambiando a fin de confirmar si se trata de error de cálculo en la fecha de concepción (11), o se trata de un aborto temprano espontáneo

No existe otra actitud a adoptar.

C.- Al día siguiente, la reclamante acude nuevamente al hospital, siendo la sintomatología la misma esto es: dolor en hipogastrio y sangrado. Consta que: "(...) acude para repetir analítica y consultar ginecólogo (...)".

La analítica practicada arroja una cifra de hormona B-hCG más bajas aún, de 88,6. Partiendo de unas cifras muy bajas el día anterior, se viene a confirmar que se trató de un aborto temprano espontáneo.

Lo que realmente ha sucedido, es que se había producido implantación embrionaria (de no ser así la beta no podría dar positiva) y el embrión implantado dejó de evolucionar unos días después. A ello se le denomina también "aborto bioquímico" o "microaborto" y no es más que una pérdida embrionaria precoz, tan precoz que no llega a verse en la ecografía resolviéndose sin la necesidad de realizar un legrado.

D.- La reclamante en julio de 2011 sufre nuevo embarazo y aborto, si bien el 20 de octubre de 2014 se produce el nacimiento de su primer hijo».

5. Este informe explica que un embarazo bioquímico es aquel en el que, de forma temprana se paraliza el desarrollo del embrión y se produce la menstruación. También se le puede denominar aborto bioquímico o microaborto. En estos casos el espermatozoide llega a fecundar el óvulo, se forma el embrión, y se va desarrollando hasta el sexto día, cuando se produce la implantación embrionaria en el útero. En el momento en el que se ha implantado el embrión se empieza a sintetizar la hormona

beta hCG (gonadotropina coriónica humana) que es la que se cuantifica en una prueba de embarazo.

Si tras unos días fracasa la implantación, el desarrollo embrionario no evoluciona y la cantidad de beta HCG no aumenta de forma exponencial como debería, por lo que valores muy bajos o que no aumenten como deberían suelen ser síntoma de embarazo/aborto bioquímico.

Se calcula que del 50% al 70% de todos los óvulos fecundados se pierden en forma espontánea. La mayoría de ellos no se diagnostican ya que se confunden con un retraso de regla, pero con los nuevos test de embarazo cada vez más sensibles y accesibles es una situación frecuente que la mujer nos refiera un test de embarazo positivo o dudoso que al repetirse unos días después resulte negativo. A esta situación se la denomina aborto bioquímico, embarazo bioquímico o microaborto.

6. El informe termina con las siguientes conclusiones: a) Más del 80% de los abortos se producen durante las primeras doce semanas. b) Las causas del aborto espontáneo precoz se desconocen, pero la mayoría se debe a anomalías en los cromosomas del embrión. c) Para la amenaza de aborto precoz no existe ningún tratamiento. d) La evolución patológica del embarazo de la paciente no pudo haberse evitado con ningún tratamiento ya que no existe. e) Se diagnosticó correctamente el episodio como de aborto. f) La alegación de que se podría haber evitado el aborto carece de fundamento, siendo la actuación médica correcta conforme a la evidencia científica en el estado actual del conocimiento.

III

1. Según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante según el art. 6.1 RPAPRP, precepto este que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón, el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a

demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

La reclamante alega que el hecho, consistente en que el 19 de marzo de 2011 no fuera examinada personalmente en el Servicio de Urgencias por el ginecólogo de guardia y que este impartiera telefónicamente la instrucción de que la remitieran a su domicilio sin tratamiento alguno, fue la causa del aborto que experimentó; pero no aporta ni propone prueba dirigida a demostrar médicamente que entre ese hecho y el aborto existe una relación de causa a efecto. Tampoco la reclamante, que actúa representada por un abogado, razona, con base en los datos que constan en la documentación clínica e informes médicos obrantes en el expediente, la existencia de una relación de causalidad entre ese hecho y el aborto. Esta carencia de prueba del nexo causal entre el hecho lesivo y el resultado dañoso alegados determina la imposibilidad de la estimación de la pretensión resarcitoria porque, como se señaló más atrás, la existencia de relación causal es indispensable para que surja la obligación de indemnizar, según el art. 139.1 LRJAP-PAC; y la carga de su prueba incumbe a la reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP en relación este último con el art. 217.2 y 3 LEC.

2. Como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, y como obligadamente, se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo sobre reclamaciones de la responsabilidad extracontractual por el funcionamiento del servicio público de la sanidad, se ha de considerar, por un lado, que este servicio se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables, estriba en si esta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño es producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

Las razones que se acaban de exponer, y que se resumen en que no poseen la cualidad de daños antijurídicos aquellos causados por la propia naturaleza e inevitables por la ciencia médica y que por ende no son indemnizables conforme a los arts. 139.1 y 141.1 LRJAP-PAC, están acogidas por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la responsabilidad extracontractual de los servicios públicos de salud, jurisprudencia cuya síntesis se contiene en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 19 abril 2011 (RJ 2011\3643) donde se dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración.

En este sentido, y por citar sólo algunas, hemos dicho en la sentencia de 26 de junio de 2008, dictada en el recurso de casación núm. 4429/2004, que “ (...) es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas citaremos las Sentencias de 20 de marzo de 2.007 (Rec. 7915/2003), 7 de marzo de 2007 (Rec. 5286/03) y de 16 de marzo de 2.005 (Rec. 3149/2001) que “a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”, o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso”.

En la de 7 de julio del mismo año, dictada en el recurso de casación núm. 4776/2004, dijimos que “La responsabilidad de las Administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa [por todas, véanse las sentencias de esta Sala de 11 de mayo de 1999 (casación 9655/1995, FJ 5º), 24 de septiembre de 2001 (casación 4596/1997, FJ 5º), 23 de noviembre de 2006 (casación 3374/2002, FJ 5º), 31 de enero de 2008 (casación 4065/2003, FJ 2º) y 22 de abril de 2008 (casación 166/2005, FJ 3º)], se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso [Sentencias de esta Sala de 16 de marzo de 2005 (casación 3149/2001, FJ 3º), 20 de marzo de 2007 (casación 7915/2003, FJ3º) y 26 de junio de 2008 (casación 4429/2004, FJ 3º)]. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril) con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la Ley 30/1992); nada más y nada menos”.

O en la de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008, que “Aunque la cuestión principal que analiza la Sala de instancia en su sentencia, sustentando o dando lugar a su pronunciamiento, nada o poco tiene que ver con la necesidad

de precisar la naturaleza jurídica, objetiva o no, de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, aquel epígrafe y aquel inicio nos obligan a recordar que nuestra jurisprudencia matiza, modula, sobre todo en el ámbito de la denominada medicina curativa o asistencial, afirmaciones como las que ahí se contienen, introduciendo para ello como primer elemento corrector el de la "*lex artis*". Así, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria"».

O recordar, en la misma línea, que el inciso segundo del artículo 141.1 de la Ley 30/1992, según la redacción dada por la Ley 4/1999, dispone que "No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos"».

Otra reciente Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, la de 9 octubre 2012 (RJ 2012\10198), insiste en lo mismo con las siguientes palabras:

«Con relación esta alegación del motivo debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que esta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues

además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*».

3. En el presente supuesto está demostrado por las dos analíticas que se le realizaron a la reclamante el 19 y de 20 de marzo de 2011 que en la primera analítica presentaba un valor en sangre de la hormona beta gonadotrofina coriónica humana de 285 mu.int/ml, cuando para las cinco semanas de gestión en que se hallaba ese valor debía ser de 850 - 20800 mu.int/ml. Ese valor tan bajo demuestra que se había paralizado el desarrollo del embrión y que se había iniciado el proceso de aborto bioquímico. Este resultado fue causado por el proceso patológico de la reclamante y no por la atención sanitaria que se le prestó y a la cual no se puede atribuir tal resultado por omisión de medios para impedirlo, porque el desarrollo de un aborto bioquímico es imposible de revertir con el estado actual de los conocimientos y técnicas de la Medicina. Por esta razón no era necesario que la paciente fuera examinada personalmente por el ginecólogo de guardia. Informado este de los resultados de la analítica, el diagnóstico de amenaza de aborto que formuló fue por tanto correcto y la adopción de una actitud expectante junto con la indicación de que volviera a las 48 horas para repetir la analítica era la única que cabía adoptar. Los resultados de la segunda analítica corroboraron que el aborto bioquímico se encaminaba a su final.

4. La atención médica fue adecuada a la *lex artis ad hoc*. Al no concurrir infracción de la *lex artis* ni omisión en la prestación de los medios adecuados, no puede surgir la obligación de indemnizar por el daño alegado. El servicio público de salud no responde por los daños causados por la imposibilidad de los conocimientos médicos de atajar un aborto bioquímico, porque el art. 141.1 LRJAP-PAC dispone que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia existentes en el momento de su producción.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada se estima conforme a Derecho, según se razona en el Fundamento III de este Dictamen, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por N.L.V.G.