Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 0 5 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de diciembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...) actuando en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 683/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 29 de octubre de 2024, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 30 de octubre de 2024.

2. La indemnización solicitada (70.000 €) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Resulta competente para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera personal (art. 4.1.a) LPACAP), si bien, en este caso, actúa bajo representación debidamente acreditada (art. 5 LPACAP).

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 19 de octubre de 2022 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del alta del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Fuerteventura, el 6 de mayo de 2022.

II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«(…) y su esposo llevaban más de 8 años intentado ser padres hasta que se decidieron a realizar todas las pruebas pertinentes en aras a conseguirlo mediante reproducción asistida y con la ayuda de la Seguridad Social. Antes de iniciar el proceso, (…) se quedó embarazada.

Siendo que se trataba de un embarazo de riesgo se le concede la baja médica mientras ya se le da cita para iniciar las pruebas de control del embarazo. Si bien, antes de que éstas

se produzcan, empieza con sangrados, que se prolongan durante una semana, decidiendo acudir a Urgencias el 10 de abril de 2022, siendo diagnosticada de aborto diferido incipiente, que teóricamente expulsaría individualmente en su domicilio.

El 18 de abril de 2022 ingresa de nuevo con carácter de urgencia en el servicio de obstetricia por aborto incompleto, realizándose tratamiento con pastillas vaginales (misoprostol), con el que en el momento del alta se le indica que está todo correcto.

En menos de 15 días, (...) inicia de nuevo proceso de dolores y fatigas, ingresando de forma urgente en el Hospital General de Fuerteventura procedente del Hospital Gran Tarajal, el 3 de mayo de 2022, realizándole una laparotomía urgente por embarazo ectópico complicado (embarazo heterotópico) y salpingectomía derecha.

En definitiva, los servicios médicos del Servicio Canario de la Salud no utilizaron los medios a su alcance para realizar un diagnóstico inicial del embarazo heterotópico, que hubiese evitado las secuelas que posteriormente le han sido causadas a (...), esto es, extirpación Trompa Falopio derecha.

Recordemos, se trata de una mujer con muchos problemas para quedarse embarazada y que la salpingectomía la perjudicará en su búsqueda de embarazo.

En resumen, el error y retraso en el diagnóstico y la no utilización de los medios a su alcance derivó en las secuelas mencionadas. Si el mismo Hospital General de Fuerteventura que en la tercera ocasión diagnosticó el embarazo heterotópico, lo hubiese diagnosticado en la primera ocasión, (...) ahora no sufriría secuelas».

Se solicita por los daños alegados, una indemnización que se cuantifica en 70.000 €.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten la emisión de un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 25 de octubre de 2022 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su reclamación, de lo que recibe notificación en la misma fecha, viniendo a aportar lo solicitado el 9 de noviembre de 2022.

- Mediante Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, de 11 de noviembre de 2022, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación, lo que se notifica a la interesada el 14 de noviembre de 2022.

- Tras solicitarse, el 11 de noviembre de 2022, informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), éste se emite el 23 de mayo de 2024, tras haber recabado la documentación oportuna: Historia Clínica de la reclamante relativa a la atención recibida en el Hospital General de Fuerteventura, e información obrante en Historia de Salud relativa a la asistencia recibida en el ámbito de Atención Primaria, así como informe emitido por el Dr. (...), Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Fuerteventura.

- El 3 de junio de 2024 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada, así como la incorporación de la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, abriendo periodo probatorio de 30 días a fin de que se aporte informe pericial en los términos propuestos por la interesada, cuya notificación consta rechazada por el sistema en fecha 15 de julio de 2024, al haber transcurrido el plazo de diez días naturales desde la puesta a disposición del acto objeto de notificación en la sede, sin que se haya accedido a su contenido, por lo que se entiende practicada la notificación y se continúa con el procedimiento (art. 43 LPACAP).

- El 16 de septiembre de 2024 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que es debidamente notificada la reclamante el 19 de septiembre de 2024, sin que se hayan presentado alegaciones.

- El 25 de octubre de 2024 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, que es remitida a este Consejo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante, con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el informe del SIP, obran en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En el mismo se hace constar:

«1.- Según consta en la documentación de su Historia Clínica, se trata de una mujer nacida el 8 de enero de 1991, de 31 años al momento de los hechos.

2.- En Historia Clínica de Atención Primaria constan antecedentes médicos de hipotiroidismo autoinmune, dislipemia y sobrepeso (IMC de 29,06 registrado en fecha 29/03/2022).

3.- En mayo 2016 se registra una primera valoración en Consultas Externas de Ginecología por infertilidad primaria de 2 años de evolución. Se señala que su pareja es 14 años mayor que ella. En esa época era fumadora activa.

4.- Consulta nuevamente el servicio de Ginecología en septiembre de 2021 y se somete a histerosalpingografía en octubre 2021, donde se visualizan trompas permeables.

5.- Según la Historia Clínica de Atención Primaria, la paciente realizó su primera visita con la matrona el 29 de marzo de 2022 (semana gestacional 6+1) debido a un embarazo espontáneo previamente confirmado en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud mediante una prueba de betaHCG urinaria. Durante la visita, la matrona confirmó la recomendación de reposo, reiterando la indicación del Médico de Atención Primaria, quien había realizado una consulta telefónica el 25 de marzo y otorgado la baja laboral a la paciente por "amenaza de aborto". Esta recomendación se basó en las quejas de la paciente de dolor en el bajo vientre y en la espalda, sin otros síntomas o signos descritos. Además, consta una valoración por enfermería del Centro de Salud del 24 de marzo en la cual la paciente no presentaba sangrado vaginal.

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- Mujer de 31 años, primigesta, que acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura el 10 de abril de 2022, con amenorrea de 7+3 (Fecha Ultima Regla: 14/02/2022) y refiriendo sangrado vaginal de una semana de evolución.

2.- En el informe del Servicio de Urgencias se registran constantes vitales normales (FC 72 lpm, TA 116/75 mmHg), se realiza una exploración abdominal y se encuentra un abdomen suave, depresible, no doloroso, no contracturado sin signos de peritonismo, con Murphy y Blumberg negativos. La paciente niega dolor abdominal y no se observan signos de abdomen agudo.

3.- En el Servicio de Urgencias se realizan las pruebas pertinentes: una ecografía transvaginal que muestra un endometrio en fase secretoria con una vesícula en su interior y ovarios normales; se realiza analítica para determinar los niveles de beta-hCG, con resultado de 19.239 mUI/ml, que está dentro del rango esperado para un embarazo normal intrauterino en la semana 7 de gestación. Si en una ecografía transvaginal realizada a las 7 semanas de gestación se observa una vesícula dentro del útero, esto es un hallazgo consistente con un embarazo intrauterino en sus primeras etapas del desarrollo, en este caso sin visualización del embrión en su interior.

4.- Gracias a las pruebas complementarias realizadas en el Servicio de Urgencias se diagnostica un aborto diferido incipiente, se alta al domicilio con una cita programada para el 18 de abril para ecografía y control de beta-hCG. La paciente se va al domicilio sin pauta farmacológica, ya que, según las guiás clínicas, uno de los tratamientos del aborto es esperar la eliminación espontanea de los productos de la C.

5.- El 18 abril 2022 se decide el ingreso en el Servicio de Obstetricia del Hospital General de FV por aborto incompleto puesto que en ecografía transvaginal realizada ese día se observan "restos de 22 mm en la cavidad endometrial". Según consta en el informe de alta del Servicio de Obstetricia: "Tras el ingreso se administra tratamiento con misoprostol vaginal según protocolo por aborto diferido, con expulsión de restos, sin incidencias".

Se comprueba la ausencia de restos o de otros hallazgos mediante una ecografía transvaginal realizada a las 24 horas (el 19 de abril), constatando: "útero de 92x51 mm, linea endometrial de 4 mm, ovarios ecográficamente normales, el derecho con folículo de 17 mm".

6.- Al ingreso la paciente no presenta síntomas de dolor ni signos en la exploración abdominal: Abdomen suave, depresible, no doloroso, no contracturado, no peritonismo, no visceromegalia, signos de Murphy y Blumberg negativos.

7.- En informe de alta se registra que la paciente ha permanecido estable durante el ingreso.

8.- Se le alta con recomendaciones de acudir al Servicio de Urgencias en caso de fiebre, dolor abdominal, sangrado abundante o empeoramiento del estado general.

9.- Tras el alta, realiza seguimiento con matrona del Centro de Salud, que en fecha 26 de abril escribe: "Pregunto acerca de sangrado, refiere menor sangrado, aunque variando de un día para otro, sin apenas coágulos. Presenta cólicos en zona baja pélvica esporádicamente, pero tolerables".

10.- El 3 de mayo acude al servicio de Urgencias del Hospital General, remitida desde el Centro de Salud, por dolor abdominal. Según la Historia de Atención Primaria "refiere dolor al bajo vientre y disuria de 5 horas de evolución". En el informe del Servicio de Urgencias del H. General de FV se menciona que a la clínica álgica se asocian mareos y dos episodios presincopales. Constantes vitales: tensión arterial sistólica 103-120 mmHg; tensión arterial diastólica 64-70 mmHg, frecuencia cardíaca 85-102 lpm, saturación oxigeno 98% en aire ambiente.

En la exploración abdominal se observan signos de irritación peritoneal, compatibles con abdomen agudo. Se realiza una ecografía transvaginal con resultado de "imagen parauterina derecha de 65 mm sugestiva de embarazo ectópico organizado, con escaso líquido libre".

En el ecofast se confirma la presencia de abundante líquido libre.

11.- Se remite urgentemente al paritorio donde se realiza una laparotomía urgente y una salpingectomía derecha debido a un embarazo ectópico roto. El post-operatorio cursa sin incidencias, aunque se requiere transfusión de 3 concentrados de hematíes.

Se da de alta con diagnóstico de gestación heterotópica y embarazo ectópico roto».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más que la aplicación de las técnicas sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, 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. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la

lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Partiendo de lo señalado, hemos de analizar en el presente caso si se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos según el alcance de la ciencia médica en el momento de los hechos.

Entiende la reclamante que no se produjo *ex initio* el diagnóstico correcto, por lo que hubo de realizarse salpingectomía derecha, lo que «*la perjudicará en su búsqueda de embarazo*».

Antes de entrar a valorar las cuestiones señaladas por la reclamante, ha de decirse que en el caso que nos ocupa, la paciente tenía una gestación heterotópica, que es, como indica el informe del SIP, «*la condición en la que coexisten gestación intra y extrauterine*». Al respecto, se ha de tener presente que se trata de una condición extraordinaria, al punto de que, informa el SIP, «*Ocurre en sólo 1 de cada 10.000 a 30.000 embarazos».*

Sentado lo anterior, procede analizar cada una de las afirmaciones que en el escrito inicial plantea la reclamante, a través de su abogado:

1) Por un lado, alega que *«los servicios médicos del Servicio Canario de la Salud no utilizaron los medios a su alcance para realizar un diagnóstico inicial del embarazo heterotópico».*

Pues bien, en el caso que nos ocupa, por un lado, tal y como ha señalado el informe del SIP, la paciente no tenía ninguno de los factores de riesgo asociados al embarazo sufrido. Y, sobre todo, por otro lado, no presentaba inicialmente los síntomas asociados a este tipo de embarazo.

En este sentido, señala el SIP:

«Los síntomas del embarazo ectópico varían y pueden estar ausentes hasta la ruptura, la mayoría de las pacientes experimenta dolor pelvico-abdominal, sangrado vaginal o ambos. Es cierto que la paciente tenía sangrado vaginal cuando acudió al Servicio de Urgencias el 10 de abril, pero este era fácilmente atribuible al aborto, que suele presentar una clínica similar de dolor pélvico y sangrado. En los informes de abril no consta que la paciente hubiera manifestado quejas de dolor abdominal. Anteriormente, el 25 de marzo, había manifestado a su médico de Atención Primaria síntomas de dolor pélvico y en la espalda, en una época temprana del embarazo, cuando podían atribuirse a síntomas comunes del embarazo».

Recuerda el SIP que en el informe emitido por el Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Fuerteventura se señala que en la atención prestada a la paciente el 10 de abril de 2022 consta:

«amenorrea de 7+3 semanas, refiriendo manchado vaginal dese hace una semana, niega dolor abdominal».

Y añade: *«Ecografía: útero con endometrio secretor y vesícula en su interior, ovaries normales, bhcg: 19239. Se hace diagnóstico de aborto diferido y se programa para control con analítica y ecografía en una semana».*

Por tanto, el síntoma de sangrado vaginal por sí mismo, *a priori*, no es, según tales informes, un síntoma patognomónico del embarazo heterotópico, que, recordemos, que es una situación que afecta a 1 de cada 10.000 o 30.000 embarazos, además, en pacientes con determinados factores de riesgo, ninguno de los cuales concurrían en la reclamante.

Además, continúa argumentando el SIP que no es cierto que no se utilizaran desde el primer momento los medios diagnósticos necesarios, como alega la interesada, pues, como se ha indicado, desde la primera Asistencia, el 10 de abril de 2022, se realizaron tanto la prueba de cuantificación de la beta-hCG, como ecografía:

«La ecografía y la cuantificación de la beta-hCG son fundamentales en el diagnóstico del embarazo ectópico, complementando la evaluación clínica y a suporte del proceso diagnóstico- terapéutico.

En este caso, si la ecografía detecta un embarazo intrauterino, la probabilidad de un embarazo ectópico concurrente es extremadamente baja. Los hallazgos ecográficos que sugieren un embarazo ectópico incluyen una masa pélvica compleja, en particular en los anexos y la presencia de líquido libre. Además si el valor de la beta-hCG supera cierto umbral (3500 mUI/mL) y la ecografía detecta un saco gestacional, se confirma un embarazo intrauterine».

De tales informes se deduce que la ecografía realizada a la paciente arrojaba ambos resultados, pues el valor bhcg era de 19239, muy superior, pues, a 3500 mUI/mL, además de observarse una vesícula en el interior del endometrio sin actividad vital y, por el contrario, no mostraba ningún embarazo ectópico, al no hallarse «*una masa pélvica compleja, en particular en los anexos y la presencia de líquido libre*».

Asimismo, tampoco se evidenciaron embarazos ectópicos en las ecografías realizadas el 18 y el 19 de abril.

Por tanto, el diagnóstico de aborto diferido fue correcto, dada su concordancia con los hallazgos mostrados en las pruebas realizadas y con los síntomas que presentaba la reclamante, máxime, en la edad gestacional tan temprana en la que se encontraba, pues, señala el SIP:

«Es importante destacar que se encontraba en una época gestacional muy temprana (7 semanas), lo que hace que el diagnóstico precoz de un embarazo heterotópico sea muy complicado».

2) Por otra parte, señala la reclamante que, de haberse diagnosticado antes el embarazo heterotópico, se hubiera evitado la salpingectomía derecha que se le realizó el 3 de mayo de 2022.

Una vez más, y sin perjuicio de que, como se ha argumentado anteriormente, el diagnóstico del embarazo heterotópico no era contemplable en el contexto previo ya expuesto, esta alegación se refuta por la Administración, dados los categóricos términos del informe del SIP, que señala:

«7.- En el caso de un embarazo ectópico roto, se requiere una intervención quirúrgica inmediata y la salpingectomía es la opción recomendada, como sucedió en caso de la reclamante. La paciente fue atendida de manera inmediata, evitando así consecuencias y complicaciones potencialmente graves, incluido el riesgo de fallecimiento.

8.- Además, incluso si el embarazo ectópico se hubiera diagnosticado en una etapa anterior, según los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la paciente no habría sido candidata a un tratamiento médico "off-label" con metotrexato, debido a que se trataba de un embarazo ectópico heterotópico (criterio de exclusión) y, de todas formas, los valores elevados de beta-hCG (superiores a 10,000) habrían reducido las probabilidades de solucionar el embarazo ectópico a menos del 82%. En una paciente hemodinámicamente estable, es preferible la salpingostomía (tratamiento quirúrgico conservador) cuando la trompa contralateral es anómala o ausente, y se prefiere la salpingectomía cuando la trompa contralateral parece normal. La cirugía conservadora (salpingostomía) es menos exitosa debido a la mayor incidencia de restos del trofoblasto.

Por lo cual, en la situación de la reclamante, la opción habría sido de todas formas la salpingectomía, lo cual habría conducido al mismo resultado. En esta línea, el Servicio de Obstetricia y Ginecología ha informado: "Se realizó salpingectomía derecha como hubiera tenido que realizarse, aunque se hubiera diagnosticado antes en el tiempo, cosa que sin sintomatología es muy, muy raro"».

Por tanto, procede desestimar la alegación efectuada por la interesada también en este punto, pues, además de que fue diagnosticada y tratada de su embarazo heterotópico adecuadamente, con independencia del momento del diagnóstico, el tratamiento habría sido el mismo: salpingectomía.

3) Por último, el informe del SIP entra además a valorar la alegación efectuada por la reclamante en relación con que la salpingectomía derecha efectuada ha menoscabado su deseo eugenésico.

Ante todo, debe recordarse que en ningún caso es imputable a la Administración ni el embarazo heterotópico, ni el tratamiento que procede efectuar al producirse el mismo, habiéndose dispensado, por el contrario, una atención correcta en orden a su adecuado diagnóstico y tratamiento.

Y es que, en relación con las posibilidades reproductivas tras un embarazo ectópico, como señala el SIP, éstas son menores, pero no por el propio embarazo ectópico y su tratamiento, sino por la concurrencia de las causas subyacentes que en la propia paciente existen para la producción de este tipo de embarazos.

Así, razona el SIP:

«Las posibilidades reproductivas después de un embarazo ectópico son generalmente más bajas. Esto se debe a que, independientemente del tratamiento seguido, la causa subyacente que llevó al embarazo ectópico persiste, lo que puede afectar la fertilidad futura de la paciente.

Los resultados publicados respecto a gestaciones posteriores y posibilidades de embarazo ectópico tras las diversas opciones quirúrgicas indican que las tasas de embarazos posteriores varían del 50 al 89% y las diferencias entre las distintas técnicas quirúrgicas no tienen suficiente significación estadística. Además en algunos estudios en encuentra una tasa de embarazo ectópico más alta tras la salpingostomía (tratamiento quirúrgico conservador)».

5. Conforme a todo lo expuesto, cabe concluir que los servicios médicos actuaron en todo momento conforme a la *lex artis*, sin que el daño por el que se reclama guarde relación alguna con tal asistencia, habiendo sido la paciente diagnosticada y tratada en cada momento de conformidad con la clínica que iba presentando, y teniendo en cuenta siempre sus antecedentes.

Por todo ello, no existe nexo de causalidad entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento de la Administración.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.