



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 169/2004

(Sección 2ª)

La Laguna, a 20 de octubre de 2004.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por C.C.B., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 160/2004 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El presente Dictamen, emitido a solicitud de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad por escrito de 21 de julio de 2004, tiene por objeto una Propuesta de Resolución (PR), culminatoria de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica, actuando a través del Servicio Canario de Salud (SCS).

Dicho procedimiento se inició por reclamación de indemnización para reparación de los daños que se alegan han sido causados por el funcionamiento del servicio público sanitario, presentada, en ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (CE), por C.C.B. mediante escrito que dirige al titular de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Administración autonómica.

Todo ello, de acuerdo con lo establecido en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo.

2. Pues bien, en la actuación del aludido instituto de responsabilidad administrativa de orden patrimonial, no habiéndose establecido regulación autonómica al efecto en ejercicio de la correspondiente competencia estatutaria

* PONENTE: Sr. Suay Rincón.

(art. 32.6 del Estatuto de Autonomía), es de aplicación plena la normativa al respecto contenida en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (arts. 139 y siguientes, LRJAP-PAC), así como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP), aprobado por Real Decreto 429/93, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 142.3 LRJAP-PAC.

Además, por razón de la materia afectada ha de atenderse a lo dispuesto tanto en las Leyes 14/86, General de Sanidad (LGS), y 26/84, General para la Defensa de Consumidores y Usuarios (LGDCU), en su caso, como en la autonómica 11/94, de ordenación sanitaria de Canarias (LOSC). Y, naturalmente, al realizarse la función consultiva instada se tendrá en cuenta las recientes sentencias de los Tribunales, en especial del Tribunal Supremo (TS), en este ámbito de actuación administrativa y, es claro, la doctrina de este Organismo, acorde en lo sustancial con esa jurisprudencia y sentada en sus Dictámenes en la materia.

Concretamente, dada la índole del asunto que, dentro del funcionamiento del servicio público sanitario nos ocupa, resultan de particular relevancia las siguientes Sentencias: del Tribunal Supremo, 24 de octubre de 2003 y 7 de octubre de 2002, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, y 20 de noviembre de 2000 y 26 de mayo de 1997, de la Sala de lo Civil; de la Audiencia Nacional, 5 de abril de 2000; de los Tribunales Superiores de Justicia, 24 de diciembre de 2003, 21 de mayo de 2003, 15 de enero de 2003, 7 de junio de 2002 y 16 de mayo de 2002 (Galicia), 8 de febrero de 2002 (Canarias, Las Palmas), 28 de junio de 2003, 28 de abril de 2003 y 14 de febrero de 2003 (País Vasco) y 26 de noviembre de 2003 y 6 de septiembre de 2001 (Cataluña).

II

1. La reclamante antes mencionada está legitimada, como interesada, para interponer la reclamación, al sufrir personalmente los daños por los que solicita ser indemnizada (art. 142.1, en relación con los arts. 139.1 y 31.1 LRJAP-PAC). Y es competente para tramitar y resolver el procedimiento el SCS, Organismo Autónomo de carácter administrativo con personalidad propia, integrado en la Administración autonómica y facultado legalmente para actuar el servicio público sanitario y, por ende, para responder por su prestación, pues la atención sanitaria a la que se

imputan los daños alegados se efectúa en un Centro sujeto a su control y gestión, en cuanto que está integrado en el Sistema Canario de Salud.

El procedimiento ha de tramitarse, como órgano instructor, por la Secretaría General del SCS y ha de resolverse por su Director (art. 142.2 LRJAP-PAC y 3 RPRP, así como los preceptos concordantes de la LOSC).

La reclamación indemnizatoria debe tramitarse, porque cumple los requisitos legalmente determinados al respecto, tanto el temporal relativo al plazo para ejercer el derecho a reclamar (art. 142.5 LRJAP-PAC), como los referentes al daño alegado, que ha de ser efectivo, económicamente evaluable y personalmente individualizado (art. 139.2 LRJAP-PAC).

Ha de tenerse presente, como correctamente hace el órgano instructor, que el plazo aludido se suspendió al tramitarse Diligencias Penales por iniciativa de la afectada, resueltas inicialmente por Auto de 27 de abril de 2001 del Juzgado correspondiente, que ordenó el archivo de las actuaciones; y definitivamente por Auto de 26 de octubre de 2001, de la Audiencia Provincial, que confirmó la resolución judicial precedente.

2. La reclamación refiere los hechos ocurridos en la versión de la afectada. Así, dice que el asunto comienza con su ingreso, el 9 de marzo de 2000, en el Servicio de Urgencias del Hospital de La Candelaria, al padecer de hernia dorsal izquierda incarcerada que necesitaba rápido tratamiento, por demás quirúrgico, siendo en efecto operada el 10 de marzo de 2000 por el Servicio de Cirugía Digestiva.

Tras la intervención, es trasladada a Planta de Cirugía, apareciendo una infección, la cual se va complicando paulatina e imparablemente, extendiéndose y afectando a varias partes del cuerpo, hasta que, por su gravedad, se decide el ingreso de la paciente en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI).

Obtenido el suficiente control de la infección, es enviada a Planta de Medicina Interna el 25 de marzo de 2000, donde se le continúa tratando hasta que recibe el alta hospitalaria el 16 de mayo de 2000, pero debiendo seguir tratamiento en casa con supervisión del médico de cabecera y sin que se pudieran corregir diversas secuelas resultantes del proceso infeccioso (uveítis, con pérdida de visión de un ojo; artritis ortoclavicular; gonartrosis derecha severa; anemia; trombopenia; y leucopenia autoinmune). La infección terminó afectando a la prótesis que portaba en

la cadera izquierda, en zona cercana a la hernia intervenida y, por tanto, próxima al campo operatorio, de modo que, al poco tiempo de tener el alta, debió volver a ingresar, esta vez en el Servicio de Traumatología. Allí, se debió proceder a retirar la prótesis y, tras diversas operaciones, con fractura de fémur y luxación de nueva prótesis incluidas, supuestamente de modo inevitable dadas las circunstancias y el estado de la cadera, se consigue arreglar la situación, aunque sin poderse evitar estos riesgos y sufrimientos o la necesidad de rehabilitación penosa, deambulando con bastones, y costosa, al deberse continuar en ambulatorio.

En definitiva, entiende por todo lo expuesto que la Administración sanitaria es responsable de los daños padecidos o sufridos, con especial referencia a las secuelas permanentes que presenta, y reclama una indemnización, que por el momento y sin perjuicio de nueva reclamación en su caso, es de doscientos millones de pesetas.

3. La PR desestima la reclamación, con apoyo en los Informes que se evacuan durante el procedimiento, en especial el del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia (IPF), que se emite a la vista de los producidos, tras varios intentos, por los Servicios que trataron a la afectada (Cirugía Digestiva y Medicina Interna) o que tienen alguna relación con el caso por su origen (Medicina Preventiva); y con pretendido fundamento en la jurisprudencia recaída sobre la materia, en especial, la producida en asuntos de infecciones hospitalarias o nosocomiales.

En este sentido, y aunque sustancialmente no se discuten los hechos alegados, salvo algunos matices en lo referente a los medios utilizados en la asistencia y la posibilidad de prevención y cura de infecciones hospitalarias o en el posible origen de la padecida, el instructor entiende que no hay responsabilidad de la Administración sanitaria por las actuaciones de los Servicios del Hospital que atendieron a la paciente. Por los motivos que, indistintamente y en sucesión, explícita; aunque sin negar la existencia de daños o secuelas o cuestionar que éstas aparecen en el ámbito de prestación del servicio sanitario y con ocasión de la misma.

Así, se estima que no hay relación de causalidad al poder no tener origen hospitalario la infección aparecida, portándola la paciente al ingresar; en su defecto, considera éste un caso de fuerza mayor, pues la presencia del estafilococo aureus y su actuación no puede evitarse, siendo de todos modos de difícil prevención, no constando tampoco que los medios o áreas usadas en la asistencia estuvieran contaminados o con fallos de limpieza o higiene; en fin, en cualquier caso, la infección derivada de una intervención quirúrgica, pese a que se dio a la paciente el

tratamiento preventivo normal y previsto al respecto, es un riesgo típico de la misma y, tras ser informada debida y propiamente, la paciente lo asumió al consentir la operación, por lo que también ha de soportar su producción y por ende sus consecuencias, las cuales no obstante fueron adecuadamente tratadas y resueltas.

III

1. Aunque luego deba volverse sobre esta cuestión al estudiarse el fondo del asunto (V.2), como quiera que, según se ha dicho, resulta relevante la existencia o no del consentimiento informado en este caso porque el instructor esgrime el cumplimiento apropiado de este requisito para desestimar la pretensión de la reclamante, preciso es detenerse ahora a analizar la regulación legal y efectos del mismo, especialmente el de desplazar al paciente el riesgo de la intervención, con la asunción consiguiente de los daños que comportare.

Ante todo, es de advertir que, dado el momento en que sucedió el hecho lesivo, no era de aplicación la Ley 41/2002, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, siéndolo la LGS en su art. 10, sobre todo los apartados 2, 5 y 6. Sin embargo, la interpretación o aplicación judicial hasta el momento de estos preceptos y, por tanto, del consentimiento del paciente y la precedente información al mismo para su prestación, además de relevante en este supuesto, se ajusta bastante a las previsiones de la nueva normativa (arts. 4, 5.1, 8.1 y 2, 9.1 y 2, 10, 11.1 y 15.1 Ley 41/02).

Así, es necesario disponer del consentimiento expreso y escrito del paciente en cualquier intervención, ante todo en las quirúrgicas o invasoras y en aquellas con riesgos o inconvenientes de repercusión negativa para su salud, salvo ciertos supuestos tasados. Igualmente, ha de facilitarse previamente al paciente la información adecuada y correcta para que ese consentimiento sea procedente, particularmente en relación con el efecto antes expresado.

Sin embargo, debe matizarse que ello sólo cubre la actuación correctamente hecha y no las negligencias médicas supuestamente sucedidas en su caso, ni los daños que aparecen por asistencias defectuosas o deficiencias, incluso higiénicas o de limpieza, en la realización del tratamiento, si generan perjuicios que no son

inevitables o inesperados por la dificultad o la naturaleza de la intervención u operación, en general o en el paciente del que se trata.

La información, por lo demás, ha de ser personalizada y completa, pudiendo ser verbal en su caso, pero debiéndose dejar constancia en la documentación del tratamiento y/o en la Historia Clínica del paciente. Obviamente, debiendo obtenerse el consentimiento de éste para intervenir, ha de recibir antes la información en las condiciones legalmente explicitadas y tras valorar las opciones propias del caso.

Lo que incluye no sólo la idoneidad curativa de la intervención propuesta para curar y, por supuesto, en qué va a consistir y, además, las alternativas que existieren para tratar la enfermedad o para la realización de aquella, sino los riesgos que comporta de fracaso o de daños, tanto los generales de toda operación, como las particulares de la que se propone, sean frecuentes o, en todo caso, típicos. Y ello, teniéndose en cuenta los antecedentes y condiciones o el estado de salud del paciente y los medios disponibles, que han de estar en las debidas condiciones de uso sanitario.

Por supuesto, estos riesgos concretizados, personalizados y ajustados también han de advertirse respecto a la precisión de operar mediante anestesia general, con la aplicación del instrumental y fármacos que ésta comporta y su concreta manipulación.

2. Pues bien, en este caso y sin perjuicio de lo que luego se añadirá, cabe adelantar ahora que, existiendo por demás discrepancia al respecto entre reclamante e instructor, con repercusión por tanto en la asignación de la carga de la prueba en este ámbito de actuación pública, no está acreditado que se diera la información requerida a la paciente sobre el estado de su enfermedad, tratamiento o características de la intervención a practicarle, con sus riesgos, necesidad y eventuales alternativas, ni que exista consentimiento expreso o escrito de aquella a la intervención. Y es que a este fin no bastan las declaraciones del médico que la intervino, no existiendo documento alguno al respecto o constancia en la Historia Clínica y operándose al día siguiente del ingreso. A lo sumo, figura en el expediente un documento, sin firmar y sin fecha y de contenido claramente insuficiente.

Además, ha de tenerse presente, en relación con la antes aludida determinación de la carga de la prueba, en general o en relación con el consentimiento informado, que se produce en lógica coherencia con el deber de cada parte en este

procedimiento de acreditar sus propias alegaciones y, en definitiva, fundamentar su respectiva pretensión, sobre la base de que es "objetiva" la responsabilidad administrativa en este contexto, aunque con ciertos límites y condiciones legalmente fijadas y jurisprudencialmente perfiladas.

Así, corresponde probar a la Administración la concreta existencia tanto del necesario consentimiento como de la debida información forzosamente previa, máxime cuando se produce una discrepancia al respecto entre las partes. No sólo por la lógica procesal antes indicada y por su mayor facilidad probatoria al disponer de los datos necesarios, sino también al deducirse sin dificultad de lo previsto en la regulación aplicable ya citada, constituyendo la información y el consentimiento derechos esenciales del enfermo a los que corresponden los respectivos deberes de los facultativos.

IV

En el procedimiento concreto que se ha seguido en el supuesto sometido a nuestra consideración, se ha detectado una serie de deficiencias que no impiden pronunciarse ahora sobre el fondo del asunto, pero que igualmente es menester destacar para tratar de evitarlas en otros expedientes:

1. La presentación de la reclamación, con el consiguiente inicio del procedimiento (arts. 68, 70 y 142.1 LRJAP-PAC), se produjo el 13 de marzo de 2002. No es correcto recabar, antes de la admisión a trámite de la solicitud, la historia clínica de la reclamante.

Por otra parte, debido al enorme retraso en la tramitación, no extraña que la interesada presente escrito el 28 de enero de 2003, preguntando por la situación de su reclamación y quejándose de la paralización de su tramitación. Aún así, sólo el 24 de junio de 2003 no se dicta una resolución de admisión a trámite, que no inicia el procedimiento ha de insistirse y que, por tanto, se dicta más de un año después de presentarse la reclamación, con lo que ello supone y comporta.

2. Dadas las circunstancias, difícilmente puede considerarse procedente la suspensión del procedimiento. Sin embargo, así se acuerda al objeto de recabar el Informe del Servicio de IPF. En todo caso, la suspensión tiene un plazo legal máximo de tres meses.

El Informe se emite el 10 de octubre de 2003, fuera por tanto de su plazo legal de emisión y superado, otra vez, el máximo de suspensión en este concreto supuesto.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto, en orden a la admisibilidad de la reclamación, en el art. 6 RPRP sobre el recibimiento a prueba y la indicación de los medios probatorios a utilizar, el órgano instructor ha de proceder a la apertura del período probatorio cuando no tenga por ciertos los hechos alegados por la interesada (art. 80.2 LRJAP-PAC), como resulta obvio que sucede.

Justamente, los interesados pueden aducir alegaciones o aportar documentos probatorios o de juicio a lo largo del procedimiento, incluido lógicamente en el momento de evacuar el trámite probatorio (art. 79.1 LRJAP-PAC). Por su parte, el instructor no puede rechazar las pruebas propuestas por el interesado, antes de y durante todo ese trámite, más que por resolución motivada y siempre que sean manifiestamente innecesarias o improcedentes.

En consecuencia, no es procedente acordar la apertura del período probatorio y pretender que se pase directamente, sin más y sin reconocer el derecho a proponer nuevas pruebas, al trámite de vista y audiencia del interesado desde el informativo.

Además, ha de observarse que la Resolución del instructor en este trámite es recurrible, siquiera fuese por la obvia incidencia de la decisión en la resolución del procedimiento (arts. 107.1, 111 y 114 LRJAP-PAC).

4. Sobre la PR, en concreto, interesa resaltar -además de que no se ha solicitado el Informe del Servicio Jurídico, al menos no consta éste, ni desde luego puede recabarse al tiempo de solicitar este Dictamen- que en este trance el plazo resolutorio del procedimiento ha vencido sobradamente; no acordándose siquiera, aunque ello deba hacerse como prevé exactamente el art. 42.6 LRJAP-PAC en cada caso, la ampliación del mencionado plazo resolutorio; y ello, no sólo por las deficiencias en el procedimiento ya advertidas; también, se observa que, con causa aparente y explicación alguna, la PR se formula el 25 de junio de 2004, más de seis meses después de efectuada la audiencia.

Lo que, por supuesto, no obsta para que, por obligación legal, deba resolverse expresamente el procedimiento, sin perjuicio de las responsabilidades o consecuencias que ello comporte y de que la interesada haya podido entender hace

mucho tiempo desestimada su reclamación y proceder en consecuencia (arts. 42.1 y 7, 79.2 y 142.6 y 7 LRJAP-PAC).

V

1. Según se adelantó (II.3), la PR entiende ya en cuanto al fondo que, por los motivos en ella contenidos y ya reseñados entonces, procede desestimar al no existir o no ser exigible la responsabilidad patrimonial de la Administración en este supuesto.

Asimismo, se apuntó que esta propuesta se apoyaba en los datos suministrados por el Informe del Servicio de IPF, que, a su vez, los recogía de la Historia Clínica de la paciente y de los Informes emitidos, tras dos intentos sucesivos y diversas reiteraciones, por los Servicios de Cirugía Digestiva, y por los Jefes de los Servicios de Medicina Preventiva y de Medicina Interna, contestando a una serie de cuestiones que se entendieron pertinentes en el caso.

El Servicio de Cirugía Digestiva indica que, como intervención que, en general, posee ciertos factores de riesgo (la reducción de una hernia clural incarcerada), se administró previamente a la paciente cefonocid por vía intravenosa, según el Protocolo aplicable. No obstante, no se hace referencia alguna a los antecedentes, conocidos, de la paciente o a su estado, y, por tanto, a si en este supuesto bastaba esa prevención o si era necesario aumentarla o extremarla, antes y/o después de la intervención.

Añade, además, que la sepsis por estafilococo es una complicación posible, aunque poco frecuente, que es difícil de prevenir y evitar en el tratamiento, pero sin exteriorizar suficientemente la razón de estas consideraciones.

Afirma, en tercer lugar, que la paciente ingresó con dolor en la hernia y que tenía fiebre, lo que no es habitual en esta enfermedad, por lo que quizá tenía origen infeccioso y la afectada tenía la infección antes de operarse.

Sin embargo, aparte de que esta circunstancia habría exigido la actuación correspondiente, al operar y en el postoperatorio, resulta que tampoco se desprende absolutamente de las actuaciones que la interesada tuviere fiebre al ingresar o antes de la operación, pudiendo ser que la fiebre sólo apareciera tras ser operada y estar en planta.

Concluye, en fin, afirmando que no le consta que se produjeran incumplimientos en las normas de higiene hospitalaria, ni menos aun los conoce, y que las secuelas de la paciente son las que se dicen en la Historia Clínica y son propias de las lesiones causadas por la infección.

Por su parte, el Jefe de Servicio de Medicina Preventiva también sostiene que la paciente recibió profilaxis antibiótica, pero igualmente sin pronunciarse sobre si la administrada era suficiente por los antecedentes de la paciente. Luego confirma, vista la historia clínica, que la sepsis existió y que fue por estafilococo. Por otro lado, se decanta por su carácter nosocomial o intrahospitalario, siendo una infección posible como complicación propia de la operación cuya aparición es difícil de prevenir "a veces".

Figura asimismo en el expediente el Informe de un facultativo del Servicio de Medicina Interna, para el que no se puede asegurar totalmente que sea nosocomial. Sin embargo, esa eventualidad, tal como se desarrollaron los hechos, no sólo no eludiría, sino que podría incluso incrementar la responsabilidad administrativa. En todo caso, esta opinión se contradice tanto con los otros diagnósticos que constan en el expediente o con la del Jefe de Servicio de Medicina Preventiva, como con los hechos de que la infección aparece en el Hospital y que los datos de microbiología en cultivos de la paciente siempre dieron positivo por estafilococo.

2. Así las cosas, de lo expuesto resulta que no está demostrado, antes bien al contrario, que la paciente tuviera infección al ingresar o antes de operarse, no mostrando signos de ello en la exploración previa. Más bien, los datos apuntan a que la infección es nosocomial y se causó por estafilococo áureus, de presencia posible y aun frecuente en Hospitales y activo fácilmente ante la mínima carencia de higiene o limpieza, en especial en quirófanos o zonas de recuperación de operaciones. Además, sobre todo siendo sensibles a su actuación los enfermos con determinados factores de riesgo, como son los sometidos a intervenciones limpias y con ciertos antecedentes.

De todos modos y como se ha observado, lo contrario hubiera exigido una actuación de control y cuidado anterior y, sobre todo, posterior a la intervención para localizar y tratar tal supuesta infección previa; hechos que no se produjeron en absoluto.

Por lo demás, la profilaxis previa administrada a la paciente fue la genéricamente pautada por el tipo de enfermedad, sin tenerse en cuenta sus

antecedentes o, en este sentido, su posible predisposición a ser infectada con posterioridad, presentando factores de riesgo al respecto cualitativa y cuantitativamente superiores al ordinario.

En estas condiciones, un dato resulta a todas luces absolutamente relevante. No se acredita, ni consta, que la paciente fuera informada sobre su enfermedad y tratamiento o, consistiendo éste en una operación, se le advirtiera de los riesgos, posibilidades curativas o alternativas de la misma, incluyendo las infecciones propias del caso o las hospitalarias.

Desde luego, no hay consentimiento informado expresamente producido, no sirviendo para constatarlo el documento obrante en el expediente, sin fecha o firma y con un contenido inadecuado por insuficiente e inapropiado. Por lo demás, la intervención se realizó al día siguiente del ingreso y no el mismo día, ni mucho menos inmediatamente.

3. De entrada, concurren los presupuestos para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración. Está acreditado que la interesada sufre daños, de diversa índole y consideración o repercusión, y que éstos se producen con ocasión de recibir asistencia sanitaria y, por ende, en el ámbito del servicio público prestado. Desde esta perspectiva, hay en principio conexión entre esos daños y el funcionamiento del servicio, teniendo aquéllos su origen en tal funcionamiento.

Concretamente, no se procedió con los medios exigibles del caso y del nivel de asistencia actuado en la atención efectuada teniendo en todo caso la causa de esos daños un carácter intrahospitalario, pues se trata de una infección nosocomial originada por un estafilococo que existe y actúa en zonas hospitalarias, en especial la quirúrgica.

La Administración debe acreditar en efecto que el personal que intervino y que los medios y zonas usadas en el tratamiento, quirúrgico y posterior, tenían el estado de limpieza exigible en un Hospital, no siendo posible la existencia del estafilococo aureus allí, o bien, que la infección tuvo otro origen y causa en otro lugar.

Desde luego, la existencia del estafilococo en cuestión es conocida y su actuación es previsible y, por ende, evitable, al menos en el sentido indicado. Por eso, no cabe calificar la infección como un caso de fuerza mayor, ella misma o su origen.

En fin, los daños tampoco han de ser soportados por la afectada, pues no son inherentes a la enfermedad sufrida, ni se generan o aparecen por la falta de tratamiento de la misma o por las dificultades, insuperables o inevitables, de la práctica del existente, preferible en todo caso para curar que su ausencia.

Más aun, no deben serlo por no constituir tales daños en definitiva la plasmación de un riesgo de producción conocido y consentido por la afectada. Porque no fue debidamente informada al respecto y, por tanto, no consintió precedentemente en ser intervenida en esas condiciones y pese al riesgo informado, como ya se ha destacado.

La obtención del consentimiento informado no produce efectos taumatúrgicos ni sana por sí mismo las deficiencias o anomalías advertidas en el curso de la asistencia sanitaria; pero sirve de criterio, de indicio, si se quiere, para apreciar que la asistencia practicada ha sido correcta, como así resulta en muchas ocasiones, sin perjuicio de su indeseado resultado.

Sobre las condiciones en que debe prestarse el consentimiento informado y, en primer lugar, sobre la determinación de su existencia misma, procede remitirse a lo expuesto antes (III). De cualquier modo, a la vista de lo expuesto, es obvio que procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración en este caso y, desde la perspectiva adoptada, la PR no es conforme a Derecho.

Máxime, cuando tales daños vinieron a agravarse con el tratamiento de la sepsis, en efecto, tras detectarse la infección y pese a que progresaba rápidamente, mostrándose resistente y extendiéndose a diversas partes del organismo de la paciente, sólo se ordenó el ingreso en la UMI del propio Hospital hasta pasados nueve días. Además, pese a tenerse datos para entender lo contrario, o al menos para proceder debidamente con su detección y subsiguiente tratamiento, derivados de reiterados Informes del Servicio de Medicina Nuclear, se procedió a dar de alta a la paciente para seguir su tratamiento en domicilio sin dar importancia a las inflamaciones observadas en la cadera, sugeridoras de la existencia de una infección en la zona, que en efecto existía y obligó a intervenir posteriormente, con la penosidad, problemas y efectos ya reseñados para curar, recolocar la prótesis y rehabilitar.

Siendo exigible en los términos y por los motivos expuestos la responsabilidad del SCS en este supuesto, debe estimarse la solicitud de la interesada al respecto,

debiéndosele reconocer el derecho a ser resarcida íntegramente por los daños y perjuicios, concretados en la reclamación, que se le han producido.

La indemnización correspondiente ha de ser calculada, a la vista de tales secuelas y los sufrimientos y penalidades sufridos, sobre la base, como orientativo, del baremo adjunto a la regulación sobre lesiones indemnizables de origen circulatorio.

En todo caso, el montante así determinado habrá de actualizarse, al alza, según los criterios previstos en el art. 141.3 LRJAP-PAC, que resulta aplicable debido a la demora, en resolverse el procedimiento, sin culpa de la interesada, que antes bien ha manifestado su queja expresa sobre este particular.

C O N C L U S I Ó N

No es conforme a Derecho la PR objeto de este Dictamen y procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, de acuerdo con lo expresado en el Fundamento V.