



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 0 9 / 2 0 0 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 6 de julio de 2006.

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 M.L.H.B.L., en nombre y representación de A.S.N., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 185/2006 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud (SCS), integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma (CAC), por la que se propone desestimar la reclamación de indemnización por daños, que se alega se han producido por el funcionamiento del Servicio Público Sanitario, que ante ella, presenta A.S.N. en el ejercicio del derecho indemnizatorio, al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico, en el art. 106.2 de la Constitución (CE), exigiendo la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del servicio, por el que se estima deficiente la actuación de los Servicios Sanitarios.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC). Estando legitimado para solicitarla la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

* PONENTE: Sr. Suay Rincón.

3. Las reclamantes, que lo hacen por medio de representante acreditada, y en nombre de su hijo y esposo, respectivamente, declaran que el 22 de marzo de 2001 el interesado fue intervenido quirúrgicamente realizándosele sigmoidectomía electiva por diverticulitis recidivante, en el Hospital Universitario de Canarias.

En el postoperatorio presenta una hipernatremia que determinó que el paciente entrara en coma, quedándole posteriormente graves secuelas cerebrales y motoras, por lo que necesita ayuda para las necesidades vitales. Se solicita por ello una indemnización de 200.000 euros, en concepto de lesiones, secuelas y daños morales y psicológicos.

4. Son de aplicación, tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP), siendo una materia no desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

II

1. Es de señalar que constan, como antecedentes de este procedimiento administrativo, las siguientes actuaciones judiciales:

- El 30 de octubre de 2001 se presentó querrela por presunto dedito de imprudencia grave con resultado de lesiones contra los profesionales que atendieron a A.S.N.

- Se instruyeron Diligencias Previas nº 2042/2001 por el Juzgado de Instrucción nº 5 de La Laguna.

- Concluye el expediente judicial con el archivo definitivo de las actuaciones mediante Auto de 25 de abril de 2003, dictado por la Sala de lo Penal de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife.

2. En relación con el procedimiento administrativo, se inicia por medio de la reclamación de responsabilidad presentada por la representante de las reclamantes, que actúan en nombre de A.S.N. el 11 de noviembre de 2003.

3. El 26 de diciembre de 2003 se mejora la solicitud proponiendo medios de prueba. Asimismo, se aportó copia testimoniada de las Diligencias Previas nº 2042/2001, seguidas ante el Juzgado de Instrucción nº 5 de La Laguna.

4. El 10 de mayo de 2004 la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud dicta Resolución por la que acuerda que se admita a trámite la reclamación del interesado, además de suspender el plazo para resolver por el tiempo que media entre la solicitud de los informes preceptivos y la recepción de los mismos, y por un plazo máximo de tres meses.

Hemos de tener en cuenta que el único Informe preceptivo es el del Servicio afectado, siendo los demás Informes médicos complementarios pero no preceptivos, no dando lugar estos últimos a suspensión alguna de acuerdo con el art. 42.5.c) LRJAP-PAC.

5. El 16 de mayo de 2005 se remite Informe original del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia, acompañado de la Historia Clínica del Paciente, Informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva de 16 de noviembre de 2004 e Informe del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Canarias de 21 de diciembre de 2004.

6. El 15 de junio de 2005, el interesado presenta Recurso de Reposición, con fundamento en el art. 116 de la Ley 30/1992, por desestimación presunta al haber transcurrido el plazo para resolver sin hacerlo. Luego se corrige, pues en este recurso se nombra como interesado a persona distinta de quien lo es, por un lapsus de su representante.

No obstante, la Administración, dada su obligación de resolver, prosigue la tramitación de este procedimiento.

7. Con fecha de 18 de julio de 2005, se acuerda admitir a trámite la documental propuesta por el interesado y se acordó, asimismo, aportar como documentales los Informes recabados en periodo de instrucción por el Servicio de Prestaciones y Farmacia.

8. Abierto el preceptivo trámite de audiencia al interesado, éste presenta alegaciones el 15 de diciembre de 2005, en el que se ratifica en sus razonamientos iniciales.

9. El 12 de abril de 2006 se dicta una Propuesta de Resolución de carácter desestimatorio y se solicita el Informe preceptivo del Servicio Jurídico, éste se remite el 11 de mayo de 2006, considerando la Propuesta de Resolución, anteriormente referida, como ajustada a Derecho.

El 14 de mayo de 2006 se dicta una Propuesta de Resolución definitiva de carácter desestimatorio.

10. Por otra parte, en cuanto a la concurrencia de los requisitos constitucional y legalmente previstos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio, previstos en el art. 106.2 de la Constitución y desarrollado en los arts. 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), se observa lo siguiente:

- El interesado es titular de un interés legítimo, el cual le atribuye la legitimación activa en el procedimiento incoado, pudiendo reclamar, ya que es quien sufre el daño y teniendo por lo tanto la condición de interesado en el procedimiento (art.31 LRAP-PAC), si bien, en este caso, lo hacen en su nombre su madre y su esposa, dado que él está impedido para ello, y aquéllas lo hacen mediante representante legal, que es M.L.H.B.L.

- La competencia para tramitar y resolver la reclamación le corresponde el Servicio Canario de Salud, por ser el titular de la gestión del servicio prestado.

- En cuanto al plazo para reclamar, concurre este requisito, ya que se ha reclamado dentro del plazo legalmente previsto (art. 142.5 LRJAP-PAC), y es que se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación pues, aunque la misma se presenta el 11 de noviembre de 2003 en relación con un daño producido entre los días 23 de marzo de 2001 y fechas posteriores en las que se concretó el daño, en el mismo año, sin embargo, el cómputo del plazo había quedado interrumpido por la sustanciación de un proceso penal iniciado el 23 de noviembre de 2001, en el que se pretendía dilucidar la responsabilidad penal de los médicos implicados, y sólo tras este proceso se conoce que los hechos no tienen relevancia penal, por lo que se intenta la vía administrativa. Así, empieza nuevamente a computarse el plazo desde la notificación al interesado de la resolución de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife, y, aunque desconocemos la fecha, en todo caso contamos con la fecha de 25 de abril de 2003, del auto que resuelve en apelación confirmando el de

instancia. Sólo a partir de esta resolución se excluye la relevancia penal de los hechos, presupuesto sobre el que ahora se inicia procedimiento administrativo.

- El daño por el que se reclama es efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

III

1. En cuanto al fondo del asunto, según se desprende del escrito de iniciación y de acuerdo con los términos expuestos por éste, los hechos por los que se reclama son los siguientes:

- El 20 de marzo de 2001 A.S.N. ingresó en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Canarias de forma programada para ser intervenido de diverticulitis del colon, siendo operado el día 22 de marzo, sin otra incidencia que un incremento de diuresis.

- En efecto, el día 23 de marzo, después de la intervención, el paciente presentó un cuadro de poliuria de aproximadamente 12 l/día, lo que supone que el paciente presentó índices de poliuria 5 veces superior al máximo normal.

- También, el día 23 de marzo por la tarde, y a la vista de ello, se solicitó por el Dr. H.M. un análisis de sangre ante la situación del paciente, pero no fue obtenido hasta el día 24 de marzo. Su resultado fue de 189 meq/l de sodio. Dicho análisis no se entregó al nefrólogo hasta las 16 horas del día 24, a pesar de haberse obtenido el resultado a las 11:20 horas del mismo día.

- El 24 de marzo el paciente presentó una hipernatremia severa con diabetes insípida nefrogénica, refiriendo cierto grado de parestesia. En ese momento, el Servicio de Nefrología contactó con el Servicio de Medicina Intensiva para llevar a cabo un control más estricto y evitar la progresión de la sintomatología.

- El día 25 de marzo la situación neurológica del paciente comenzó a empeorar con movimiento de flexión anómalos izquierdos y extensión por el lado derecho con ausencia de respuesta a órdenes verbales, percibiéndose posteriormente daño cerebral.

- A consecuencia de dicha situación, el paciente entró en coma, quedándole graves secuelas cerebrales y motoras, por lo que necesita ayuda para las necesidades vitales.

Son objeto de reproche, por el interesado, en este proceso:

- La supuesta imprudencia de la Dra. L.R., que operó al paciente y estuvo de guardia al día siguiente, al no ordenar la aportación continua de líquidos. En el momento de su intervención, a pesar de conocer perfectamente la dolencia del paciente, no se procedió desde un principio, y con carácter preventivo, a realizar aportaciones constantes de líquido. Si en el postoperatorio se hubieran realizado aportaciones continuas de líquidos, se hubiera podido evitar el aumento descontrolado del nivel de sodio, ya que la carencia absoluta de líquido le provocó la hipernatremia.

Solamente un día después de la intervención, cuando el Dr. H.M. observó en el paciente sintomatología externa reveladora de hipernatremia, descubriendo que A. padecía diabetes insípida nefrogénica, es cuando empezaron a tomarse ciertas medidas precautorias, cuando el mal ya estaba ocasionado.

- A pesar de observar sintomatología externa de hipernatremia, además de un nivel de sodio que puede ser preocupante en un enfermo de diabetes insípida, el Dr. H.M. solicitó una nueva analítica al laboratorio de urgencias, pero, una vez cursada la orden, se despreocupó por completo de la situación del paciente, a pesar de conocer perfectamente sus antecedentes y estado actual, obviando dejar cualquier tipo de instrucción para el médico que estuviera de guardia el fin de semana.

Señala, además, el escrito de reclamación: "En el colmo de los despropósitos, en relación con la omisión efectuada por el Dr. H.M., quien no dejó instrucción alguna al médico entrante, los resultados de la analítica, realizada a las 8:00 horas de la mañana, y obtenidos a las 11:20 horas de la misma mañana, no llegó a manos del médico de guardia, y de manera casual, hasta las 16:00 horas de la tarde, presentando un altísimo nivel de sodio que alcanzaba los 189. Inmediatamente se le traslada a la UVI, dado que el índice de sodio de 189 es realmente alarmante.

A.S.N. tenía a las 8:00 de la mañana un nivel de sodio de 189, que fue ascendiendo a 193, lo cual no se conoció hasta las 15:45 horas. Ello significa que se le

inició el tratamiento específico ante el nivel peligrosísimo de hipernatremia después de 4 horas y 15 minutos.

Así las cosas, los daños y secuelas se imputan a dos factores: la falta de aportación de líquidos a partir de la intervención y la demora en la práctica de una prueba analítica y comunicación de sus resultados.

2. La Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen es de carácter desestimatorio, pues se considera en ella que el daño sufrido por el interesado no es imputable a la actuación de la Administración, sino a la propia patología de que adolecía el reclamante. Por lo tanto en este supuesto se afirma que no existe relación de causalidad entre el funcionamiento de la Administración y el daño sufrido por el interesado.

En la Propuesta se señala en efecto que el daño sufrido por el interesado deriva de su propia enfermedad, diabetes insípida nefrogénica hereditaria, no tratada hasta el momento, así el daño se produjo a pesar del correcto tratamiento prestado en el postoperatorio.

Esta afirmación se basa en lo expuesto en los Informes médicos, ya que en el Informe del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia se verifica que el postoperatorio se cursó con vigilancia periódica y continuada adecuadamente, tal y como se confirma, tanto por los informes médicos, como, en especial, por los partes de cada día en el servicio, donde se observa el progreso del paciente y las pruebas que se le realizan en cada momento.

Así pues, efectivamente, a lo largo del procedimiento administrativo, en el que además se cuenta con la información obtenida a partir del judicial, en especial, la historia clínica del paciente y las declaraciones de los facultativos demandados, se logran refutar los argumentos de la parte reclamante en relación con la actuación del Servicio contraria a la *lex artis ad hoc*:

- Por una parte, en relación con la alegación de que no se aportaron líquidos constantemente en el postoperatorio, se señala aquí, derivado del Informe Forense de 22 de noviembre de 2002, obrante en el expediente judicial, lo siguiente.

El interesado presenta como antecedentes clínicos relevantes una diabetes insípida nefrogénica heredofamiliar no controlada y sin tratamiento previo al ingreso,

así como una diverticulosis de sigma con ingreso en mayo de 2000 por diverticulitis aguda, e ingreso programado el 20 de marzo de 2001 para sigmoidectomía electiva por diverticulitis recidivante. Se le intervino el 22 de marzo sin incidencias intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato, lo cual prueba que durante la intervención se trató al paciente con adecuación a su padecimiento, lo que, por otra parte, comparte el interesado.

Sólo se produjo en el postoperatorio un incremento de la diuresis que se trató mediante la reposición electrolítica al 100% y Desmopresina. La osmolaridad y la natremia, aún siendo algo elevadas (318-314 y 154 respectivamente) está dentro del rango considerado como aceptable para un enfermo con diabetes insípida. Se prescribe, entre otras cosas, el control estricto de la diuresis y su reposición al 100%. De hecho, la diuresis, que, tras la intervención se incrementó hasta 1000-1500 cc/h, se redujo en la mañana del día 23 a unos 200 ml/h con un nivel de sodio en sangre de 158 meq/l.

Tras la valoración efectuada por el Servicio de Nefrología la tarde del 23, se modifica el tratamiento a base de un incremento de la Desmopresina, restricción relativa de líquidos y control de diuresis e iones. Se solicita por la mañana del día siguiente una determinación del sodio en sangre, análisis para el que se extrae la sangre a las 8:00 y cuyo resultado se obtiene a las 11:20 horas. Este análisis arroja una cifra de 189 meq/l, tasa considerada mortal en la inmensa mayoría de los casos. Sin embargo, el único síntoma que entonces presentaba A. era una importante ansiedad. Es sólo cuando lo valora el nefrólogo de guardia, a primeras horas de la tarde del día 24, cuando presenta semiología de hipernatremia, esto es, "cierto grado de parestesias, algo bradipsíquico y parcialmente desorientado en el tiempo", lo que junto a la cifra de 189 hace que se decida su ingreso en la UVI.

Hasta ese momento, según se indica, A. había sido sometido a un seguimiento exhaustivo de la diuresis y la natremia, "no existiendo signos que hicieran prever un aumento de las cifras de sodio en sangre tan importante como el que ocurrió el día 24, sobre todo porque se estaba realizando un control de las pérdidas de líquido corporal y su reposición, a la vez que se administraba Desmopresina y el tratamiento específico de la diabetes insípida nefrogénica.

Así pues, el tratamiento fue adecuado en todo momento a la sintomatología que presentaba el paciente, pues, hasta que se mostró la cifra de 189 meq/l, momento en el que ni siquiera aún, hasta la tarde, presentó síntomas de hipernatremia el

paciente, las cifras de sodio que arrojaban los análisis eran de 153 meq/l, lo que, junto con la falta de síntomas del paciente, lleva a pensar que su organismo estaba habituado a altas cifras de sodio en sangre, lo que condiciona un habituamiento del organismo (ello lo demuestra el propio hecho de sobrevivir a la de 193 meq/l a la que llegó, que es mortal en la mayoría de los casos). Así lo declara la Dr. L.R. en su declaración judicial, de 18 de enero de 2002. Y, a ello coadyuva, con carácter presuntivo, el hecho de que, como declarara el Dr. S. el 25 de enero de 2002, le llama la atención los conocimientos que tenía la familia sobre los niveles de sodio.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUC, de 16 de noviembre de 2004, señala que se actuó correctamente en todo momento, pues fue valorado el paciente por el Servicio de Preanestesia el 22 de febrero de 2001, con carácter previo a su intervención, y así se recoge en su antecedente clínico (lo que consta en el expediente). Consecuentemente, como parte del tratamiento postoperatorio se indica control de diuresis a fin de conocer exactamente la cantidad de orina excretada, y el paciente permaneció durante 24 horas en la Unidad de Reanimación Postanestésica donde se realizó reposición de la diuresis al 100% y se comenzó con la administración de la hormona antidiurética.

- En cuanto a la esgrimida tardanza en la realización de la prueba analítica y ulterior remisión de los resultados de la misma obtenidos a las 11:20 horas, manifiesta el Informe Forense al que nos referíamos, que las cifras desde que se obtuvieron los resultados hasta que se conocieron, ascendieron hasta 193 meq/l, y, en todo caso, el paciente estuvo asintomático hasta primeras horas de la tarde, y que se parte de la base de que una natremia de 189 meq/l es mortal en la mayoría de los casos y que origina unas secuelas neurológicas en los supervivientes, por lo que el simple hecho de alcanzar los 189 meq/l es motivo para ocasionar daño neurológico independientemente del tiempo transcurrido.

Asimismo, se administró en cada momento la cantidad de líquido pertinente, pues, frente a la declaración judicial de la tía del interesado, que señala que solicitó que se le aportara más líquido, lo que no se hizo, coinciden todos los médicos interrogados y el forense en su informe, en que la aportación de líquidos ha de hacerse paulatinamente, para bajar el sodio lentamente, pues de lo contrario se corre el riesgo de producir edema cerebral, y, efectivamente, en la UVI se aportó

algo más de líquido que lo pautado en nefrología, pero se mantuvo dicho tratamiento en su esencia, según manifiesta en su declaración judicial el Dr. J.R.

En todo caso, como señala el Dr. H.M. en su declaración judicial, el tiempo transcurrido desde la operación hasta su intervención no tuvo consecuencias irreparables para el enfermo, pues se le estaba administrando un nivel de líquidos semejante al que luego prescribió él, así como la hormona antidiurética, oscilando los niveles de sodio entre 147 y 159, pese a lo cual el paciente permaneció en todo momento asintomático por lo que fue trasladado al Servicio de Cirugía con una natremia de 155, por lo que se parte de una natremia no grave. Y, cuando se parte de una antremia no grave, como era el caso de A. el día 23, el tratamiento adecuado es precisamente el consistente en déficit ligero de líquidos, junto con la administración de otras sustancias como la hormona antidiurética, antiinflamatorios no esteroideos y carbamasepina, pues las consecuencias de una hidratación rápida pueden ser edema cerebral e hipernatremia.

Asimismo señala el forense que la hipernatremia no es consecuencia de la deshidratación o falta de aporte de líquidos, sino que es producto de una deficiente capacidad de regulación de los niveles de sodio en sangre y de la insuficiente regulación de agua circulante, todo ello es consecuencia a su vez, de una diabetes insípida nefrogénica no controlada.

De todo ello se concluye, como declara ante el juez el Dr. S.H., el tratamiento nunca hubiera podido impedir las secuelas que progresivamente aparecían, y su actuación en UVI fue dirigida en todo momento a evitar el edema cerebral y el posible fallecimiento. Y, en este sentido declara el forense en su informe que a pesar del tratamiento persiste la poliuria y, aunque se reponen las pérdidas, se produce una hipernatremia severa por deficiente respuesta del organismo de A., por lo que esta hipernatremia severa no es consecuencia de una deficiente rehidratación ni desatención por parte del personal facultativo, toda vez que el tratamiento al que estaba sometido estaba correctamente indicado y administrado, entendiéndose que la actuación de los médicos fue correcta en todo momento y ajustada a los procedimientos universalmente admitidos para este tipo de situaciones. Y, asimismo lo manifestaron en sus declaraciones el Dr. S. y la Dra. L.R.

Así lo señala también el Dr. B.M.M.C., Jefe del Servicio de Nefrología del HUC, en su Informe, cuando dice que "la posible causa de la hipernatremia fue una imprevisible falta de respuesta del enfermo al correcto tratamiento administrado".

Por otra parte, en cuanto a la mala praxis alegada por la parte reclamante, consistente en la falta de información del Dr. H.M. al médico entrante de guardia, se extrae del expediente, por declaración de éste, que sí se le dio tal información.

3. Sin embargo, no consta que se le informara, de manera que le fuera comprensible, de que dadas sus características personales se enfrentaba en la intervención quirúrgica a un riesgo añadido.

En relación con el consentimiento informado, el Tribunal Supremo pone de manifiesto en su reiterada jurisprudencia (Sentencia del 18 de enero de 2005, recurso 166/2004, Sentencia de 20 de abril de 2005, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, RJ 2005\4312, entre otras), por un lado, la importancia de formularios específicos, ya que sólo por medio de un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla con su finalidad; y, por otro lado, declara que dicho consentimiento está estrechamente ligado al derecho de autodeterminación del paciente.

Esta doctrina jurisprudencial tiene su base legal en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) en los arts. 10.5) y 6); en ellos se regula el derecho de todo paciente a "(...) que se le dé en términos comprensibles a él, a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento", además del derecho a "(...) la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso (...)", además de la regulación del mismo en el capítulo II de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El Tribunal Supremo considera también en su jurisprudencia (Sentencia del 18 de enero de 2005, recurso 166/2004, Sentencia de 4 de abril de 2000, recurso de casación 8065/1995) que el consentimiento informado forma parte de la "*lex artis*", siendo un presupuesto y parte integrante de ella, por lo que su omisión o su prestación inadecuada (ambas cosas han ocurrido en este caso, pues el consentimiento relativo a la anestesia es incompleto, y el de la cirugía misma no consta) implica una mala praxis, ya que informar al paciente de manera específica, sobre la intervención médica y sus riesgos, por parte del médico, se está cumpliendo

una de sus obligaciones de medios, generando su incumplimiento, en caso contrario, responsabilidad de sufrir daños.

Esta doctrina es compartida por este Consejo Consultivo, que se ha manifestado en tal forma en reiterados Dictámenes (160/2001, 1/2005, 175/2005, 238/2005, 55/2006, entre otros).

4. En este supuesto, ha quedado demostrado que el consentimiento informado no se prestó de forma adecuada, ya que se realizó de forma genérica, y no tal y como hemos mencionado anteriormente, respecto de la intervención del Departamento de Anestesiología y Reanimación, que, por otra parte, es el encargado del mantenimiento del correcto estado del paciente durante la intervención quirúrgica.

Puesto que se trata de una complicación que dadas las circunstancias del paciente puede darse, debió haberse advertido este riesgo en el consentimiento. Sin embargo, donde, en el consentimiento, hay un espacio dedicado a señalar los riesgos operatorios propios en el caso de cada paciente ("riesgos personalizados"), en este caso está vacío, cuando, por el contrario, era el lugar idóneo para advertir al interesado de que, dado su padecimiento hereditario, podían producirse las complicaciones que se dieron.

Pues bien, en este punto es donde, en el caso que nos ocupa, parece resultar imputable a la Administración el perjuicio producido, y es que, aunque en la intervención se haya procedido conforme a la *lex artis*, como no se pone en duda, no se actuó conforme a ella en el preoperatorio al no dotar el consentimiento de la información precisa y personalizada exigible, por lo que el daño inferido al paciente no ha de ser soportado al carecer de correcto título jurídico para ello. En esta línea se reafirma cada vez más el Tribunal Supremo, al restar valor a los consentimientos en serie, exigiendo que se ajusten a cada caso concreto para que sean válidos títulos justificadores de la intervención realizada (STS de 18 de enero de 2005, anteriormente citada).

En el caso que nos ocupa, el riesgo de que se produjeran las lesiones que el reclamante ha experimentado no era un riesgo generado por el funcionamiento del servicio de salud, sino de las propias condiciones de la patología del paciente, sí, pero él debía saberlo para deber soportarlo.

Se trata, pues, de un proceso no consentido originariamente por el paciente en todas sus eventuales consecuencias, no recogidas como posibles en el consentimiento informado del 22 de marzo de 2001, como contrapartida posible a la intervención por diverticulitis del colon, que, por otra parte, se produjo satisfactoriamente. Así pues, concurre uno de los requisitos esenciales de la responsabilidad patrimonial de la Administración y que consiste en que el daño sea antijurídico. En este caso no existe un título jurídico, una causa de justificación que obligue al perjudicado a soportar el daño, por lo que el perjuicio es antijurídico y, por ende, indemnizable.

Por ello, podemos afirmar que la Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen no es conforme a Derecho, ya que se puede imputar la responsabilidad patrimonial derivada de los hechos a la Administración, por las razones anteriormente expuestas, quedando además, demostrada la relación de causalidad entre el funcionamiento anormal del Servicio y el daño sufrido por el interesado.

4. Ahora bien, la cuantía de la indemnización ha de ser modulada en atención a la circunstancia de la inexistencia de una incorrecta praxis médica, y a las características del paciente.

No la hay según expresan reiteradamente los sucesivos informes médicos incorporados al expediente; y según asimismo confirma el informe pericial realizado en el curso del procedimiento judicial también instruido con ocasión de estos hechos. Ni en el momento de la intervención propiamente dicha practicada el 22 de marzo, ni el curso de los días sucesivos: se pautó inicialmente el tratamiento adecuado para la reposición de líquidos que la patología del paciente requería. Y, por tanto, no cabe invocar este factor como el causante del daño. Concluyen, así las cosas, los informes indicados en identificar como la causa de la hipernatremia la propia diabetes nefrogénica que padecía, y no la falta de aportación de líquidos, porque, en efecto, dicha aportación sí tuvo lugar.

Durante el período postoperatorio, por otro lado, también se desarrolló con normalidad el control de sodio en la sangre que se mantuvo en niveles aceptables, a la vista de las características del paciente, y no "alarmantes", como se afirma de contrario. Tampoco pudo percibirse la aparición de la hipernatremia, como igualmente se aduce, porque la sintomatología era escasa y lo que se refleja sólo es un alto estado de ansiedad. No puede considerarse, en consecuencia, que la realización de la prueba analítica se demorara.

Ahora bien, respecto de la tardanza en cambio en la comunicación de los resultados de las pruebas analíticas, ciertamente, tampoco cabe señalar ésta como causa del evento dañoso (hipernatremia), porque más que a las cuatro horas que tardaron en llegar a su destino tales resultados, se imputa aquél al prolongado mantenimiento de un alto nivel de sodio en sangre, por más de ocho o diez horas, sin posibilidad de rebajar drásticamente dicho nivel por peligro de producir un edema cerebral. El informe pericial así lo viene a corroborar.

Siendo ello cierto, tampoco puede dejar de observarse que el retraso en la comunicación de los resultados o, en su caso, el tiempo que trascurrió hasta que el facultativo adoptara las medidas oportunas la tarde del día 24, si no la causa del daño en el sentido de que éste igualmente habría aparecido por desgracia, sí hubo de ejercer una indudable influencia sobre su magnitud y alcance concreto.

De cualquier modo, y al margen de su incidencia real sobre el evento dañoso, resulta del todo punto injustificable que se produzca un retraso de esta índole en supuestos como el que nos ocupa, lo que revela por sí mismo la existencia de un defectuoso funcionamiento del servicio público que a todas luces debe ser corregido y evitado, en todo caso.

Por virtud de lo expuesto, procede reformular la PR objeto de este Dictamen, cuyo carácter desestimatorio ha de corregirse, a fin de dar cabida a los dos conceptos indemnizatorios expresados en este apartado y en el anterior (omisión del consentimiento informado y tardanza en la comunicación de la analítica); aunque sin dejar de tener en cuenta que el tratamiento dispensado al paciente fue correcto y conforme con la "lex artis" (no obstante esto, no menos cierto es que al no mediar el consentimiento informado los riesgos inherentes al tratamiento no se trasladan a la esfera jurídica del paciente, desplazamiento que en cambio sí se habría producido si hubiese mediado dicho consentimiento, ya que al asumir voluntariamente la realización del tratamiento, se asumen también los riesgos inherentes al mismo: la responsabilidad patrimonial de la Administración puede surgir no sólo por el funcionamiento anormal de sus servicios públicos, sino también por su funcionamiento normal y consiguientemente por los riesgos objetivamente creados o asociados a dichos servicios; lo que ha de llevar a concluir que procede abonar una cuantía indemnizatoria en todo caso sensiblemente inferior a la reclamada, cuantía cuyo montante concreto por otro lado en ningún momento se justifica.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no resulta ajustada a Derecho, procediendo reconocer parcialmente, en los términos expresados en el Fundamento III de este Dictamen, la responsabilidad del Servicio por el daño causado al reclamante, así como la obligación de indemnizarle en los términos expresados, actualizándose la cuantía conforme establece el art. 141.2 LRJAP-PAC.