



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 9 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 22 de julio de 2013.

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 Ó.A.M., en nombre y representación de P.S.C.C., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 263/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por un Organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS).

De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo para emitir Dictamen y la preceptividad de su solicitud, según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 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.

II

1. O.A.M., actuando en nombre y representación de P.S.C.C., presenta ante la Administración sanitaria reclamación de indemnización por daños que se alegan

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

causados a su representado como consecuencia de una intervención quirúrgica, al estimar que la asistencia que le fue prestada fue inadecuada.

Según se relata en la solicitud, el reclamante fue intervenido el día 7 de octubre de 2008 en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) para tratamiento de hernia inguinal bilateral por acceso laparoscópico, produciéndose en el curso de la intervención una lesión de la arteria ilíaca externa derecha que le ha originado una isquemia crónica de la extremidad inferior derecha de grado II-a.

El reclamante considera que la lesión producida ha tenido su origen en una mala praxis médica y valora los daños y perjuicios ocasionados en la cantidad de 23.961,91 euros, en aplicación de los baremos de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguros en la circulación de vehículos a motor.

2. En el procedimiento el afectado ostenta la condición de interesado, al pretender el resarcimiento de un daño cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por un Centro concertado del SCS, actuando mediante representante. Consta debidamente acreditada en el expediente la representación conferida.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, al actuar mediante el mencionado SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 22 de noviembre de 2010, en relación con la intervención quirúrgica practicada el 7 de octubre de 2008, si bien el alcance de las secuelas no se ha determinado hasta el 10 de junio de 2010; no puede, en consecuencia, ser calificada de extemporánea al no haber transcurrido el plazo de un año desde la determinación de las secuelas que prevé el artículo 142.5 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-LPAC).

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del SCS, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración autonómica, en relación con los artículos 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 mencionado Organismo Autónomo.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del propio SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de

Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

3. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el artículo 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos administrativos que esta excesiva e injustificable demora debiera comportar y los económicos que puede conllevar [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 15 de diciembre de 2010 (art. 6.2 RPAPRP) y que se han realizado los actos de instrucción necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), habiéndose emitido, singularmente, el Informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño. También se ha dado cumplimiento al trámite de vista y audiencia (art. 11 RPAPRP), habiendo presentado el interesado alegaciones, si bien fuera del plazo conferido al efecto, en las que reitera su solicitud indemnizatoria.

El procedimiento viene concluso con la correspondiente PR, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por el Servicio Jurídico, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, de la documentación obrante en el expediente se deriva la siguiente secuencia de hechos, según se hacen constar en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP):

- El paciente ingresa en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del HUNSC, durante el periodo 6-10 de octubre de 2008, para tratamiento de hernia inguinal bilateral.

- En fecha 7 de octubre de 2008 se practica hernioplastia inguinal bilateral con malla preperitoneal. Se accede mediante laparoscopia a través de vaina de los

rectos, debiendo convertir a línea media para acceder al espacio preperitoneal. Se objetiva hernia inguinal bilateral con recidiva a nivel izquierdo. Se practica disección del espacio de Retzius, liberando sacos peritoneales. Durante la intervención quirúrgica se produce hemorragia de la arteria circunfleja que obliga a conversión y se controla con punto transfixivo. Recibe profilaxis tromboembólica.

No consta en la historia clínica la documentación relativa al consentimiento informado que debió prestar el paciente, con el contenido apropiado al caso y, en los términos exigibles, adecuadamente concretados a la técnica a usar y al estado y circunstancias del paciente, especialmente de ser conocida su relevancia, caso de antecedentes u otras dolencias y problemas físicos, respecto a los riesgos y resultados de la intervención.

- En fecha 8 de octubre se describe pulso pedio derecho disminuido, normoperfundido, no frialdad distal, relleno capilar algo disminuido. Se solicita eco-doppler que se informa que refleja estenosis en arteria iliaca superficial derecha, con flujos débiles a partir de dicha zona.

Valorado por el Servicio de Cirugía Vascular, buena temperatura, movilidad y sensibilidad conservada. Se prescribe disgreen y control CE para valorar posibilidad de stent.

En eco-doppler de miembros inferiores arterial, de fecha 13 de enero de 2009, se observa obstrucción completa de la arteria iliaca superficial en su origen, recanalizándose a nivel de ligamento inguinal, con flujo pobre y pico de 50 cm/s y componente diastólico indicativo de obstrucción. Flujos izquierdos normales.

- En estudio neurofisiológico de fecha 20 de enero de 2009: Sin hallazgos patológicos significativos.

- En fecha 14 de enero de 2009 se remite al Servicio de Cirugía Vascular para estudio y tratamiento, informándose que se trata de paciente varón de 35 años intervenido de hernia inguinal bilateral por el espacio preperitoneal (hemiplastia laparoscópica extraperitoneal con conversión a técnica de Stoppa), con lesión de la arteria circunfleja en su raíz donde se sutura; distintas ecografías doppler en su seguimiento, mostrando la última obstrucción completa de la arteria iliaca superficial en su origen.

- En pruebas diagnósticas posteriores se comprueba la oclusión de la longitud completa de la arteria iliaca externa derecha, con comienzo afilado de la lesión,

permeabilidad hipogástrica. Extensión de la lesión 80 mm aproximadamente, siendo susceptible de recanalización, angioplastia e implante de endoprótesis.

- El 28 de enero se anota en la historia clínica la opción de bypass, indicando que se hablará antes con el paciente para valorar la severidad de la claudicación y riesgo quirúrgico.

- El 3 de enero de 2009 es valorado por cirujano vascular en el Centro H.R.. El paciente consulta por claudicación glútea a los 150 metros.

En el examen físico, pulso femoral disminuido con respecto a su homolateral, diagnosticándose de nuevo obstrucción de la arteria femoral iliaca derecha. Se recomienda angiotac y posteriormente arteriografía para observar el lugar exacto de la ligadura (arteria iliaca externa o circunfleja). En caso de ser la iliaca externa, se efectuará sutura reabsorbible y se intentará recanalizar con guía.

Se realiza el TAC descrito de las arterias periféricas el 11 de febrero de 2009, observándose afilamiento en el origen de arteria iliaca externa derecha, con posterior trombosis de la misma hasta el origen de arteria femoral común con estenosis menor del 30%. No puede determinarse la causa de la obstrucción, aunque sugiere que el origen de la trombosis es una lesión a nivel distal. También muestra oclusión segmentaria del origen de arteria epigástrica inferior derecha, retornando la mayor parte del flujo a la arteria femoral común a través del circuito pudenda externa, obturatriz y pudenda interna.

- En la revisión en el Servicio de Cirugía Vascular de 2 de diciembre de 2009 consta que claudica a 400-500 m. y se indica revisión en 6 meses.

- En dicha revisión de junio de 2010 se controla isquemia crónica extremidades inferiores grado II, refiriendo claudicación intermitente a uno 400 metros. El paciente no fuma y camina más de 30 minutos al día.

En exploración física: Pulsos femoral, poplíteo y pedio presente pero débiles, siendo el posterior ausente. Se diagnostica isquemia crónica y se prescribe plan terapéutico y control al año.

- En revisión posterior consta claudicación 600-700 metros.

- En fecha 6 de octubre de 2010 acude a H.R., refiriendo continuar con claudicación glútea a 400 m. Se le recomienda realización de arteriografía y tratamiento endovascular con recanalización angioplastia, stent.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al sostener que, visto el expediente, no concurren los requisitos jurídicamente determinantes que hacen exigible la responsabilidad patrimonial de la Administración por daños en la prestación del servicio sanitario.

Así, se aduce para fundarlo que, estando acreditado que como consecuencia de la intervención de la hernia inguinal bilateral se lesionó la arteria circunfleja iliaca, hay conexión objetiva material entre el resultado dañoso y la intervención médica, pero ello no supone el reconocimiento de responsabilidad administrativa que genere derecho a indemnización. Exigiéndose legalmente que el daño sea antijurídico no se da dicho requisito, porque la lesión descrita se produce inevitablemente; realizándose la actuación médica, con el tratamiento quirúrgico y la técnica subsiguientemente empleada, de conformidad con la *lex artis*, sin poderse evitar en el empleo del medio curativo apropiado dañarse la arteria de referencia.

Además, se argumenta que la ausencia de consentimiento informado tampoco genera responsabilidad patrimonial cuando la actuación sanitaria ha sido conforme a la *lex artis*, como aquí ocurre, no siendo el daño tampoco indemnizable por este motivo, citándose como apoyo a este tesis la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de 24 de febrero de 2010 y otras que se dice siguen idéntica línea exoneratoria.

IV

1. El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución se considera que requiere tratar separadamente las dos cuestiones que en la misma se suscitan. Por una parte, la efectiva adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* en cuanto al tratamiento y técnica a efectuar y ejecutar; por la otra, las consecuencias que, en orden a la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, puede tener el hecho de que el paciente fuese intervenido sin su consentimiento y, por tanto, sin información al respecto, en los términos y circunstancias indicadas en el Fundamento anterior y, según reiteradamente señala la doctrina de este Organismo, en línea por lo demás con la mejor jurisprudencia del Tribunal Supremo y sentencias de otros Tribunales.

Todo ello, desde luego, sobre la base de idéntica doctrina y jurisprudencia tanto sobre los requisitos, condiciones y límites de la exigencia de responsabilidad patrimonial en relación con la prestación del servicio sanitario, como sobre la distribución de la carga de la prueba y los efectos de no cumplirla por quien corresponda, siempre atendiendo a las circunstancias del caso.

En este sentido, preciso es recordar que, esencialmente, el criterio a utilizar es la *lex artis ad hoc*, aunque con respeto, en todo caso, a las previsiones normativas de la prestación del Servicio, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora es el cumplimiento de la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes al caso y en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, pero debidamente 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).

En esta línea, se entiende que, al menos a los fines que interesan y en debida aplicación de las normas reguladoras del servicio y su prestación, la referida *lex artis* impone al profesional la obligación de actuar con arreglo a la diligencia y pericia exigibles y, además, respetando el deber de información al paciente y previo consentimiento de éste, en su caso. Por tanto, sin perjuicio de supuestos singulares, la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de lesión, como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria y las limitaciones derivadas de la previsión y distribución de las funciones y medios curativos a utilizar por el Servicio y la organización de éste.

2. Pues bien, los informes médicos emitidos indican que el tratamiento curativo de la hernia inguinal es quirúrgico, salvo condiciones adversas, así como que la concreta técnica quirúrgica empleada (hernioplastia inguinal bilateral con malla preperitoneal) está contemplada para el proceso de hernia inguinal recidivada padecido por el reclamante.

Está acreditado, como reconoce la Propuesta de Resolución, que durante la práctica de la intervención se produjo la lesión de la arteria circunfleja iliaca. Es más, esta complicación no pasó pertinentemente desapercibida, pues se detectó enseguida y fue reparada en el mismo acto quirúrgico mediante sutura. Los informes aludidos confirman que la lesión arterial es una complicación posible en este tipo de cirugía, solíéndose recoger en los documentos de consentimiento informado. Es una lesión iatrogénica derivada del necesario uso del medio curativo a usar, que no implica mala praxis necesariamente. Así, se puede producir, como aquí se aduce que ocurre, cuando se ha de acceder al espacio preperitoneal para curar, el cual contiene

abundante tejido adiposo y también diversos vasos sanguíneos y nervios que pueden ser afectados inopinada e inevitablemente pese a actuarse con cuidado y pericia.

Una vez reparada la circunfleja iliaca, se produjo evolución a estenosis y posterior trombosis de la arteria ilíaca externa, reconociendo el Servicio de Cirugía que intervino al paciente que dicha estenosis no se constató en la operación pero puede conectarse a la sutura efectuada. Además, la trombosis ocurrió a pesar de que el tratamiento subsiguiente fue correcto, con consulta al Servicio de Cirugía Vasculuar desde que se evidenciaron las primeras manifestaciones, decidiendo el mejor tratamiento posible.

En este sentido, este último Servicio informa que, en la valoración del tipo de tratamiento, se tuvo en cuenta tanto la clínica del paciente (claudicación a larga distancia, ausencia de lesiones y de dolor de reposo), como que podía tener lesión iatrogénica en cuya reparación pudo quedar ligadura o punto transfixivo en la parte externa de la arteria, aumentando el riesgo de rotura en una posible revascularización endovascular. En cuanto a eventual reparación mediante cirugía abierta y realización de bypass aorto-femoral, se descartó al ser un paciente con abdomen hostil por haber sido intervenido varias veces en la zona operativa, con incremento del riesgo. En definitiva, se decidió tratamiento conservador, visto el excesivo riesgo del quirúrgico y dada la estabilidad clínica y ausencia de peligro de pérdida de extremidad en esos momentos. El tratamiento pautado, por lo demás, ha conseguido la mejoría del paciente.

Con este presupuesto, siendo plenamente satisfactorias las explicaciones del Servicio de Cirugía Vasculuar relativas a su actuación, no lo son en esa misma consideración las del Servicio que intervino al paciente, por más que se den por ciertas las dificultades operativas dadas las características y contenido de la zona afectada. Así, no se concreta, ni se justifica, la específica causa de la lesión producida. Y, en esta línea, que la rotura fuese debidamente reparada, en cuanto que es la causa de la subsiguiente estenosis y posterior trombosis.

Sin embargo, lo cierto es que el interesado no aporta ningún dato, mediante informe o pericia, que permita sostener o al menos presumir alguna incorrección o aun menos negligencia en la intervención, siendo ello la causa de la lesión, que, reconocidamente y por las razones reseñadas en los informes emitidos, es plausible que se produzca como eventual consecuencia de la técnica a emplear por sus características y las de la zona afectada. Además, nada hay en el expediente que permita decir que la reparación fue inadecuada y, aunque la estenosis fue provocada

por ella, esta evolución por causa de la lesión tampoco puede evitarse al ser necesaria la reparación, que se hizo enseguida y en los términos antedichos.

Por tanto, a la luz de los datos disponibles no puede asumirse que la lesión y sus secuelas se produjeran, con suficiente acreditación, por la asistencia prestada en cuanto calificable de mala praxis.

3. Respecto a la problemática relativa al consentimiento informado, ha de partirse de que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de carácter básico, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 2, entre sus principios esenciales, la exigencia del previo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, que debe obtenerse después del que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos previstos en la propia Ley. En este sentido, reconoce el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles tras ser debidamente informado al respecto y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la Ley.

Por su parte, el art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el artículo 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, sin perjuicio de estar facultado para renunciar a recibirla, con ciertos límites (art. 9.1). Más concretamente, el art. 8 dispone que toda actuación en el ámbito de la salud sobre un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del mismo, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. Al efecto, el consentimiento puede ser verbal, salvo determinados supuestos, como son las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito.

Desde la perspectiva que nos ocupa, la información médica aludida y el subsiguiente consentimiento, el llamado consentimiento informado, es título jurídico que tiene como consecuencia que el paciente debe soportar que el acto médico utilizado para su curación no alcance los objetivos terapéuticos que perseguía, siempre que dichos consentimiento y acto se realicen correctamente. Así, en estos términos obtienen beneficios y asumen los riesgos de complicaciones derivados del tratamiento debidamente pautado y ejecutado, habiéndolo aceptado libre y

voluntariamente, con lo que el fracaso o la lesión, explicados y justificados pertinentemente, no constituyen daño antijurídico.

En este orden de cosas, es constante y reiterada la doctrina de este Organismo, así como la jurisprudencia o resoluciones judiciales, que entienden que la ausencia o aun la defectuosa información debida al paciente constituye una infracción de la *lex artis* que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir, con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones curativas que se le presentan, con sus posibilidades de éxito o fracaso y sus complicaciones o secuelas como riesgo de posible plasmación.

Es cierto que, según mantiene la STS de 19 de mayo de 2011 (RJ 2011 5778), la jurisprudencia ha ido evolucionando en esa cuestión del defecto u omisión del consentimiento informado desde una postura que lo reputaba en sí mismo constitutivo de un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención y por tanto indemnizable, a otra que afirma como regla o principio que la mera falta o ausencia de aquél no es indemnizable si no concurre el elemento de la relación causal entre el acto médico y el daño constatado. En este sentido, se citan las Sentencias de 26 de marzo de 2002 , 26 de febrero de 2004 , 14 de diciembre de 2005 , 23 de febrero de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, a las que habría que añadir las más recientes de 30 de septiembre de 2011, 2 y 27 de noviembre de 2011 y 3 de abril y 2 de octubre de 2012.

Sin embargo, no sólo se reconoce explícitamente, que existe otra línea jurisprudencial aun vigente y con diversas manifestaciones, que, coherentemente desde luego con la definición y efectos del consentimiento, entiende que su defectuosa o inexistente producción es un incumplimiento de la *lex artis*, que supone *per se* un daño moral grave, sino que no se niega o discute que el paciente pueda alegar y probar que se le produce tal clase de daño derivado de aplicársele el tratamiento sin contar con su aceptación previa.

Precisamente, la STS antes citada en último lugar advierte que la vulneración del derecho a un consentimiento informado constituye, en sí misma, infracción de la *lex artis ad hoc* y que, por tanto, lesiona el derecho de autodeterminación al paciente en los términos antes indicados. Por eso, esta infracción genera *daño moral* cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. Así, el incumplimiento de aquellos deberes de información deviene relevante y da derecho a indemnización

cuando el resultado dañoso o perjudicial es causado por el acto médico o la asistencia sanitaria (sentencias de 26 de marzo y 14 de octubre de 2002, 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo y 4 de octubre de 2011. En este mismo sentido se expresa, por último, la reciente STS de 4 de diciembre de 2012, que estima indemnizable la ausencia de consentimiento informado a pesar de no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria que originó secuelas en el paciente.

Esto es lo que, en la forma expuesta en el apartado precedente, ocurre en el presente caso, pues la secuela padecida por el paciente tiene su causa en el acto médico, concretándose un riesgo posible y conocido del tipo de intervención al que fue sometido sin que el mismo prestara su consentimiento, previa la debida información, aun aceptando, en las condiciones reseñadas, su posible corrección. Procede en consecuencia indemnizar al reclamante por el daño sufrido.

4. A efectos de la valoración de este daño, la STS de 3 de abril de 2012, entiende que procede atender esencialmente a la reparación de tal daño moral, pues la infracción de la *lex artis* deriva, no de la ejecución de la intervención quirúrgica en sí misma, sino del incumplimiento de la obligación de información completa y detallada previa al paciente y subsiguiente obtención de su consentimiento escrito, que ni siquiera consta.

Sin embargo, la realidad es que, siendo cierto que la incorrección producida es la indicada, la lesión física existe y se produce a causa de una operación hecha sin consentimiento del afectado, pudiéndose no haber producido de no haber aceptado su realización, de modo que no puede aceptarse que tenga el deber de asumirlo. Por ello, se estima pertinente cuantificar la indemnización, dadas las circunstancias, en la cantidad que figura en el informe del SIP al respecto; es decir, seis mil cien euros, debiéndose este montante actualizar en el momento de resolver (art. 141.3 LRJAP-PAC).

C O N C L U S I Ó N

Según se ha razonado (Fundamento IV), procede indemnizar al interesado por lesión derivada del acto médico producido sin consentimiento del mismo, vulnerándose por este motivo la *lex artis*.