



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 4 / 2 0 1 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 30 de marzo de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.V.F., en nombre y representación de M.I.R.V., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 55/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado por el procurador A.V.F., en nombre y representación de M.I.R.V., en solicitud de una indemnización total de 1.138.906,34 euros, de los que 129.237,57 euros se imputan al trastorno por estrés postraumático que, alega, le han irrogado las secuelas que a su marido, F.D.S., le causó la intervención de cirugía cardíaca que le practicaron el día 25 de abril de 2005, en el Hospital Universitario de Canarias (HUC), cuya titularidad corresponde al Servicio Canario de la Salud.

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

* Ponente: Sr. Brito González.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva, aunque, tal como señala la Propuesta de Resolución, la reclamante solo está legitimada para reclamar por los daños que se le han producido a su persona, no por los de su esposo al no haber acreditado oportunamente la representación del mismo tal como señala la Sentencia del Juzgado Contencioso Administrativo nº 3 de Las Palmas de Gran Canaria, de fecha 11 de marzo de 2011, confirmada en apelación mediante Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias en su sede de Las Palmas, de fecha 23 de marzo de 2012.

Así, la Sentencia dictada por el Juzgado señala:

«En el presente caso, ante la solicitud formulada por la parte actora, la Administración le requiere para que complete la misma, dictando finalmente resolución teniéndola por desistida por la no suficiencia de la subsanación realizada.

Ahora bien, teniendo en cuenta que, en la solicitud inicial, la recurrente no sólo reclama por los daños producidos a su marido, sino también por perjuicios morales a familiares, la Administración debió continuar el expediente sólo por los daños que, en su caso, la recurrente decía habersele producido, pues es cierto que, no constando incapacitación de su esposo, solo a este le compete el derecho a reclamar por los daños y perjuicios que se le hubieren podido ocasionar, según la doctrina jurisprudencial antes indicada.

Es por esto que el recurso debe ser estimado, anulando el acto de desistimiento dictado».

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

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

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

6. El art. 146.2 LRJAP-PAC dispone que la exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial. La interpretación de este precepto conjuntamente con lo dispuesto en los arts. 10.2 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, 111, 112 y 114 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, aprobada por Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, y 4.1 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, llevan a la conclusión de que la existencia de un proceso penal sobre los mismos hechos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, cuya resolución condicione directamente el contenido de la resolución sobre su reclamación en vía administrativa, determinará imposibilidad de pronunciarse sobre esta.

Se recuerda esta regulación legal porque se ha de tener en cuenta el hecho de que, a la vista de la documentación, historias clínicas y manifestaciones obrantes en el expediente que el doctor D.T., entonces facultativo del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUC, presentó denuncia ante la Fiscalía de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife, que dio origen a las Diligencias Previas nº 4138/2008, seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 4 de San Cristóbal de La Laguna, por los supuestos delitos de homicidio y lesiones imprudentes cometidos entre los años 2002 a 2006, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUC. Entre los pacientes a los que la denuncia consideraba que en su tratamiento se había incurrido en negligencia profesional figuraba F.D.S. por la intervención quirúrgica por cuyas secuelas se reclama en este procedimiento de responsabilidad patrimonial. El 5 de julio de 2011, se dictó Auto por el citado Juzgado por el que se acordó el sobreseimiento provisional y archivo de la causa. La representación procesal de la Asociación Canaria de Afectados por el

Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario de Canarias, de la cual la reclamante es miembro según manifiesta en su escrito de reclamación, interpuso recurso de reforma contra dicha resolución, que fue desestimado por Auto de 27 de febrero de 2012, en el cual se señala que:

«Así mismo el Dr. J.M.B.P., que intervino como perito a instancia de la Fiscalía por si hubiese que adoptar medidas cautelares, llegó a la conclusión, según señala en su denuncia el Ministerio Fiscal y resulta del mismo informe, “que los enfermos tenían un alto riesgo quirúrgico, no observándose mala praxis o negligencia desde un punto de vista técnico y que los casos revisados se avienen a las complicaciones previstas en este tipo de cirugía”».

La Asociación mencionada interpuso contra ese Auto recurso de apelación, que fue resuelto por el Auto 625/2012, de 17 de diciembre de 2012, de la Sección Sexta de la Audiencia Provincial, el cual en su Fundamento de Derecho Segundo dice:

«Siendo genérica la apelación formulada, que sin contradecir particularizadamente las consideraciones del auto impugnado, se limita a mantener los hechos denunciados, solicitando la prosecución de las diligencias y solicita pruebas antes citadas, debemos con carácter previo, y en lo que respecta los pacientes A.M.B., M.J.D.R., J.S.G., D.Q.T., N.Á.M., A.A.R., S.O.D. y F.D.S., que concordando con el Instructor en que dada la inexistencia de resultado dañoso (vistas las historias clínicas), no puede haber delito de imprudencia y procede el sobreseimiento acordado».

En coherencia con este Fundamento, la parte dispositiva acuerda la continuación de las actuaciones respecto al tratamiento recibido por una serie de pacientes, entre los que no figura el reclamante, F.D.S. Este Auto devino firme.

Por consiguiente, en el mencionado procedimiento penal no se dilucida la existencia de responsabilidad penal respecto a la asistencia médica dispensada al esposo de la reclamante, por lo que no existe impedimento a que la Administración se pronuncie sobre el derecho de la reclamante a ser indemnizada por los daños que alega que le ha irrogado dicha asistencia médica.

7. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan, por lo que no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obsten a un dictamen de fondo.

II

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerarla extemporánea por haber prescrito el derecho de la reclamante, fundamentándola en que, según el art. 142.5 LRJAP-PAC, el derecho a reclamar prescribe al año de

producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

Las secuelas sufridas por el esposo de la interesada estaban determinadas desde el año 2006, puesto que en folio nº 230 del expediente administrativo obra el documento, expedido el 22 de agosto de 2006 por los facultativos del Servicio de Rehabilitación que atendían al paciente, que expresa «la situación clínica funcional se considera, en este momento, estabilizada por lo que se procede al alta de Fisioterapia».

No obstante, la Propuesta de Resolución, por considerarla más beneficiosa para la reclamante, toma como *dies a quo* del plazo de prescripción la fecha de la Resolución de la Dirección General de Políticas Sociales e Inmigración, de 20 de septiembre de 2006, que declaró a F.D.D. en situación de minusvalía. Como la reclamación se presentó el 16 de octubre de 2008, es decir, al menos dos años y un mes después de conocer dicha resolución en la constan las secuelas del esposo de la interesada, concluye que en esa fecha estaba claramente prescrito el derecho a reclamar de la interesada y, en consecuencia, desestima la pretensión.

2. Sin embargo, no se ha tenido en cuenta que en el presente procedimiento se dilucida pura y exclusivamente -porque así está determinado por sentencia firme con valor de cosa juzgada- si la reclamante tiene derecho a ser indemnizada por los daños morales que le ha causado las secuelas que sufrió su marido a consecuencia de la operación.

Como prueba de este daño aporta la reclamante informe psicológico, emitido el 29 de julio de 2008 por un psicólogo a su instancia, que no ha sido desvirtuado por el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones. En los antecedentes del citado informe psicológico se consigna:

«El paciente acude a la consulta a consecuencia de los trastornos emocionales que le está produciendo la situación que ha generado las secuelas en la salud y en la capacidad de autonomía personal de F.D.S., a consecuencia de una intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía Cardíaca del hospital Universitario de Canarias y de las incertidumbres que sobre ella se generan».

En apartado «Exploración» se lee:

«La paciente manifiesta que en marzo de 2005 su marido se somete a una intervención de cirugía cardíaca en el hospital Universitario de Canarias, como elemento preventivo ante un posible deterioro de su salud en el futuro, por lo tanto, no imprescindible. Se le aseguró tanto al afectado como a su familia que dicha intervención apenas conllevaba riesgos y que el índice de éxito era muy elevado, con lo que vencen sus recelos y afrontan el proceso con un elevado nivel de expectativas favorables. Tras esa intervención, el intervenido entra en coma y le genera graves lesiones irreversibles a nivel cognitivo. Dadas las expectativas de éxito creadas en su momento por el equipo médico responsable de la intervención, la ausencia de información acerca de las causas que generaron esa complicación que ha conllevado el estado actual del afectado y el descubrimiento, *a posteriori*, de las posibles irregularidades existentes en el Servicio de Cirugía Cardíaca del H.U.C., se genera una intensa sensación de inseguridad que provoca intensas reacciones de vulnerabilidad en la paciente y sus hijas. Asimismo, en ningún momento recibieron el apoyo psicológico requerido en estos casos mientras trataban de encontrar un significado a la experiencia vivida».

El informe termina con un apartado denominado «Conclusiones» que expresa:

«Para llegar a un diagnóstico preciso del caso, se llevó a cabo una entrevista clínica global y multidimensional como estrategia de evaluación de primer orden, conjuntamente con la aplicación de dos procedimientos de carácter psicométrico a través del Cuestionario de Depresión de Beck y la Escala de Trauma de Davidson (DTS).

Los resultados del análisis de contenido de la entrevista clínica y de dichas pruebas, evidencian la existencia en la paciente un perfil psicopatológico comúnmente etiquetado como TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO asociado a otro de depresión entre moderada y severa. Los síntomas detectados que han conducido a este diagnóstico son la existencia de flashbacks, o sentimientos y sensaciones asociadas por la paciente a la situación traumática vivida, la presencia de reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante lo acontecido, el incremento de la activación manifestada a través de dificultades para conciliar el sueño, hipervigilancia, problemas de concentración, así como la evidencia de conductas de evitación a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático y bloqueo emocional».

Este informe no propone tratamiento terapéutico alguno a ese trastorno por estrés postraumático. En relación con esto, el informe, de 30 de marzo de 2015, del Servicio de Inspección y Prestaciones indica lo siguiente:

«Revisada la historia clínica de Atención Primaria de M.I.R.V.: NO existe cita o consulta con el médico de cabecera donde conste siquiera mención a tal circunstancia (el trastorno por estrés postraumático). Asimismo revisada la medicación prescrita, NO existe indicación de tratamiento farmacológico para tal patología. NO existe derivación a psicólogo/psiquiatra para diagnóstico, control y tratamiento de tal afección. Lo que difícilmente permite acreditar las afirmaciones formuladas en la reclamación».

Sin embargo, pese a lo señalado por el Servicio, el hecho de que no conste ni se ha ya alegado que ese trastorno psicológico haya requerido tratamiento terapéutico a lo largo de los casi siete años que transcurren entre julio de 2008 y marzo de 2015 no obsta a su calificación como daño real y efectivo, un requisito esencial para el nacimiento de la obligación de indemnizar según el art. 139.2 LRJAP-PAC, porque lo que se reclama es el resarcimiento por el daño moral que ha experimentado la esposa por las secuelas de su marido. Ese daño moral se concreta en la existencia del daño psicológico consistente en un trastorno por estrés postraumático que objetiva el citado informe psicológico de 29 de julio de 2008; fecha que no ha quedado desvirtuada por la Administración pues no consta en el expediente ninguna prueba de que este trastorno haya sido diagnosticado antes, por lo que entendemos que no puede ser aceptada la fundamentación en la que se basa la Administración para desestimar la reclamación, procediendo entrar a analizar el fondo del asunto.

III

1. Los hechos que se alegan como fundamento de la pretensión son los siguientes:

Mediante una operación programada fue intervenido en el HUC el día 25 de abril de 2005 de anuloplastia mitral con anillo por insuficiencia mitral reumática, para realizarle implante de cuatro cuerdas al segmento A2 del velo anterior y anuloplastia mitral con anillo de Carpentier Physios de 28 mm., bajo circulación extracorpórea (CEC) de 101 minutos y clampaje aórtico de 71 minutos.

Después de la operación, fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde sufrió dos paradas cardíacas y presentó una coagulopatía, lo que obligó a su reintervención.

Como consecuencia de la operación el paciente presenta las siguientes secuelas: Tetraparesia, disfasia, amnesia de fijación, déficit de coordinación física, disminución de la atención, pérdida de capacidad intelectual, las cuales han fundamentado que el 28 de abril de 2006 se le haya declarado por la Dirección General de Políticas Sociales e Inmigración en una situación de minusvalía del 78%; y que el 20 de septiembre de 2006 el Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social lo haya declarado en situación de incapacidad permanente en grado de gran invalidez a efectos de la concesión de la correspondiente prestación de la Seguridad Social.

2. Ni en el escrito de reclamación ni a lo largo de la tramitación del procedimiento la reclamante ha argumentado que las secuelas del paciente sean consecuencia de que se haya incurrido en una mala praxis profesional al atenderlo. Tampoco ha aportado documentación o informes médicos que lo demuestren. En ningún momento ha argumentado ni por ende probado, qué actuaciones de la asistencia médica prestada no se ajustaron a la *lex artis ad hoc*, razonando qué no se hizo y se debería haber hecho y qué se hizo y no se debería haber hecho de acuerdo con ella. Simplemente, se alega, sin probarlo, que el cirujano que realizó la primera intervención se ausentó del Hospital una vez finalizada, y que el día 27 de julio de 2005 se le dio al paciente el alta hospitalaria a pesar de las secuelas que presentaba.

El preceptivo informe del Servicio (informe, de 11 de abril de 2013, del Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUC) explica que en un Hospital los pacientes son atendidos durante las 24 horas del día por diferentes médicos de diferentes especialidades según requiera su estado y que se van relevando según su jornada laboral. Por ello, en un Hospital la asistencia postquirúrgica del paciente no depende del cirujano que lo ha intervenido, por lo que no se le puede reprochar omisión de asistencia por no asistir permanentemente al paciente que ha intervenido hasta que se produzca el alta del enfermo varios días o semanas más tarde. Lo relevante estriba en que en todo momento esté atendido por el facultativo especialista que su estado requiera.

El citado informe -con base en la documentación médica de la historia clínica del paciente, a la cual remite con identificación precisa del correspondiente documento y que cita puntiliosamente para fundamentar cada una de sus afirmaciones de hecho- analiza extensamente la asistencia sanitaria que se le prestó y concluye que la actuación sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*.

En cuanto a que se le haya dado el alta hospitalaria, a pesar de presentar esas secuelas que son permanentes y por las que se reclama, es obvio que el alta no ha sido su causa, y que si no requerían tratamiento hospitalario era procedente concederla. Tampoco está demostrado que, por prematura, las haya agravado.

Sin argumentación ni prueba de que las secuelas que sufrió el paciente han sido causadas por la infracción de la *lex artis ad hoc*, no se puede considerarse que han sido causadas por el funcionamiento del servicio público de salud; por tanto, el trastorno por estrés postraumático, que la reclamante alega ha sido causado por tal funcionamiento, tampoco puede ser efecto de la asistencia sanitaria prestada al paciente.

3. En la historia clínica obra el documento de consentimiento informado, suscrito por el paciente y el doctor De La Llana (páginas 273-274 expte.) cuyo contenido se explica y se informa al paciente de los riesgos iatrogénicos inherentes a la intervención en los siguientes términos:

«Va Vd. a ser intervenido de una enfermedad del corazón y para ello ha de someterse a anestesia general, lo que implica la monitorización (pinchar en el cuello u otras zonas del organismo) del corazón así como conectar sus pulmones a un respirador mediante un tubo que se inserta por la boca y llega hasta ellos, Además, habrá que someterle a circulación extracorpórea, es decir, se le conectará a una máquina que hará las funciones de corazón y pulmones para mantener su cuerpo con vida mientras se le opera.

Las complicaciones más importantes de la circulación extracorpórea son: cerebrales, pulmonares, cardíacas y renales. Las complicaciones cerebrales pueden acarrear un estado de coma, parálisis y alteraciones del lenguaje. Las pulmonares requieren un período prolongado de conexión a un respirador con el riesgo de infecciones secundarias (neumonías). El fallo renal requiere, a veces, el uso de riñón artificial. Todas ellas son complicaciones graves. Dependen en gran cuantía de la edad de los pacientes. En los mayores, las complicaciones renales y cerebrales son las más frecuentes. La existencia de enfermedades pulmonares crónicas previas juega un papel importante en la aparición de complicaciones de este tipo. Las complicaciones cardíacas son secundarias al tiempo en que es necesario mantenerlo parado y sin riego coronario, para realizar la corrección de su o sus lesiones. Son más frecuentes en pacientes con enfermedad coronaria severa y sobre todo si está disminuida la función del ventrículo izquierdo. Las más frecuentes son: la insuficiencia cardíaca, las arritmias, las hemorragias y el taponamiento cardíaco (hemorragia alrededor del corazón al que comprime). En el estado actual de los conocimientos de la cirugía cardíaca, no sabemos exactamente qué corazón soportará adecuadamente y sin deterioro importante esta situación».

Como se puede apreciar por la comparación entre el contenido de este documento y la descripción de las secuelas que experimentó el paciente, estas últimas constituyen la plasmación de riesgos iatrogénicos inherentes a la operación de cirugía cardíaca de los que fue informado el paciente antes de expresar su consentimiento a dicha operación.

Los daños se deben a la plasmación de riesgos inherentes a tratamientos médicos que el estado de los conocimientos de la ciencia médica actual no puede eliminar, y sin embargo se asumen porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos, pero no se pueden calificar causados por una asistencia médica incorrecta. Sin relación de causalidad

entre el daño y tal asistencia, no puede surgir la obligación de indemnizar según el art. 139.1 LRJAP-PAC.

Respecto a los posibles daños iatrogénicos de un tratamiento médico o derivados de la plasmación de sus riesgos conocidos, los arts. 4, 8 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, exigen que se informe al paciente con carácter previo a toda intervención médica a fin de obtener su consentimiento previo que ha de prestarse por escrito en los supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Si los facultativos no proceden así, ello constituiría una infracción de la *lex artis*, por lo que, si se produce un daño iatrogénico, estarían obligados a responder patrimonialmente por sus consecuencias.

De la documentación clínica resulta que no hay prueba ni indicio alguno de que en la asistencia prestada al paciente se haya incurrido en negligencia profesional. Las secuelas y complicaciones que surgieron fueron la materialización de riesgos iatrogénicos cuya posibilidad de concreción aquel aceptó debidamente informado de su existencia, ya que, frente al riesgo que presentaba, las ventajas que ofrecía el tratamiento eran mayores que los perjuicios que hubiera ocasionado la no intervención de su patología.

El estado actual de los conocimientos médicos no puede garantizar al cien por cien que no se produzcan los daños iatrogénicos por los que se reclama, derivados de una intervención de cirugía cardíaca en condiciones de circulación extracorpórea como la que se le practicó al marido de la reclamante.

El paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse del tratamiento, asumió también las consecuencias dañosas de la probable realización del riesgo que comportaba. El consentimiento informado del paciente hace recaer sobre él la carga de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, las secuelas a las que se anuda la causación del daño por el que se reclama no tienen el carácter de antijurídicas y, por ende, no son indemnizables según el art. 141.1 LRJAP-PAC.

4. Consecuencia lógica de lo anterior es que si esas secuelas no son antijurídicas y, por ende, no son indemnizables, entonces el trastorno por estrés postraumático,

que la reclamante alega que le ha originado la operación a su marido, tampoco puede ser calificado como antijurídico e indemnizable.

5. En la Sentencia de 11 abril 2014, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra Sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido, la anterior Sentencia de esa misma Sala, de 19 abril de 2011, dice:

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

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica, a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

Es pertinente esta síntesis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo porque, como ya se ha indicado, en el presente caso no se ha argumentado ni probado que las secuelas de la operación cardíaca al marido de la interesada hayan sido causadas por la infracción de la *lex artis ad hoc*, por lo que no se pueden calificar como causadas por el funcionamiento del servicio público de salud y, por ende, no puede ser imputada a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud el trastorno por estrés postraumático que la reclamante alega.

De todo lo expuesto se extraen dos conclusiones, que conducen a la desestimación de la pretensión de la reclamante:

1ª. Que las secuelas de la operación cardíaca al marido de la interesada no han sido causadas por la infracción de la *lex artis ad hoc*, por lo que no se pueden calificar como causadas por el funcionamiento del servicio público de salud. Por consiguiente, el trastorno por estrés postraumático, que la reclamante alega que le han originado, tampoco puede ser considerado como causado por dicha asistencia.

2ª. Que la asistencia sanitaria prestada al esposo de la interesada fue adecuada a la *lex artis ad hoc*. Las secuelas y complicaciones que surgieron fueron la materialización de riesgos iatrogénicos cuya posibilidad de concreción el paciente aceptó debidamente informado con anterioridad a la operación, por lo que no revisten el carácter de antijurídicas. Si esas secuelas no son antijurídicas y, por ende, no son indemnizables, entonces el trastorno por estrés postraumático, que la reclamante alega que le han originado, tampoco puede ser calificado como antijurídico e indemnizable.

CONCLUSIÓN

1. Por las razones que se exponen en el Fundamento II de este Dictamen, no es conforme a Derecho la desestimación de la pretensión resarcitoria por considerar la Propuesta de Resolución que ha prescrito el derecho a reclamar.

2. Por las razones que se exponen en el Fundamento III de este Dictamen, carece de fundamento la pretensión resarcitoria y por ello es conforme a Derecho la desestimación de la reclamación presentada por A.V.F., en nombre y representación de M.I.R.V.