



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de octubre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre propio y en representación de su hijo menor (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 198/2016 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 el 21 de junio de 2012 por (...), en su propio nombre y en el de su hijo menor (...), solicitando una indemnización por los daños producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del Servicio Canario de la Salud a su marido, (...), a resultas de las que finalmente falleció.

2. Solicita una indemnización por los daños sufridos de 200.000 euros, de lo que deriva la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 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) que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. De conformidad con el 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 manifiestamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de 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 del citado texto legal.

5. En la tramitación del procedimiento consta haberse cumplido el recibimiento a prueba, así como distintos informes de los servicios que prestaron la asistencia sanitaria por la que se reclama [entre ellos el del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC), el de Lesionados Medulares y el de Anatomía Patológica, ambos del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI)], así como el del Servicio de Inspección y Prestaciones.

Evacuado el trámite de audiencia, la interesada presentó alegaciones en las que reitera en todos sus extremos la reclamación inicial.

6. En nuestro Dictamen 141/2016 emitimos un pronunciamiento de forma para que por los distintos servicios se informara sobre lo siguiente:

«A) Si la neumonía, consecuencia de la infección por los microorganismos *Staphylococcus aureus* y *Serratias marcessens* pudo ser la causa de la miocarditis que le produjo la muerte.

B) En relación con esta cuestión, debe informarse acerca de los motivos de la existencia de estos microorganismos, a pesar de la aplicación de los protocolos, que tuvieron que haberse aplicado para evitar este tipo de infección (de carácter nosocomial, al parecer).

C) Si, cualquiera que fuera su causa, esa miocarditis pudo ser detectada mientras estuvo ingresado en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, teniendo en cuenta que la infección constaba en su historia clínica y que, como afirma el informe del Servicio de Inspección, “la miocarditis podría haberse generado lentamente a raíz y posteriormente a la Neumonía sufrida por el afectado”.

D) Por último, sobre si, habiéndose podido detectar a tiempo, un tratamiento adecuado hubiera evitado el fallecimiento».

7. Previa audiencia a la reclamante -en la que mantiene su posición inicial-, se remitió a este Consejo una serie de documentación que este Organismo consideró insuficiente, por lo que, al amparo del art. 53.b) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias (Decreto 181/2005, de 26 de julio), procedió a suspender el plazo para emitir el Dictamen a efectos de completarla, documentación complementaria que se recibió el 28 de septiembre pasado, por lo que con fecha 29 de septiembre se levantó la suspensión del plazo referida.

II

1. Como fundamento de su reclamación, la interesada alega lo siguiente:

Su esposo falleció el día 14 de septiembre de 2010, en las Palmas de Gran Canaria, concretamente en el Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil (CHIMI).

Ese resultado lesivo, consecuencia de una tetraplejia, nunca pudo ser consecuencia de la intervención quirúrgica practicada si esta se hubiese practicado conforme a la "lex artis".

El día 12 de abril de 2010, su esposo fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) por mielopatía secundaria a hernia discal C5-C6. La intervención consistió en la extirpación del disco herniado C5-C6, de los osteofitos posteriores C5-C6 y extirpación del LVCP que se encontraba calcificado. La evolución postoperatoria fue desfavorable, presentando una pérdida de fuerza en las extremidades y trastorno sensitivo, motivo por el cual fue sometido a una lamiectomía C3-C7 de urgencias. Posteriormente fue ingresado en la UMI por insuficiencia respiratoria secundaria a atelectasia pulmonar izquierda y fue necesaria la realización de traqueotomía.

El día 25 de junio de 2010 fue trasladado a la unidad de lesionados medulares del CHUIMI. Tras la exploración efectuada, se objetivó un síndrome de lesión medular completo motor C7 e incompleto sensitivo C4 (ASIA B). Después del ingreso en la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del CHUIMI fue incorporado a un programa de reeducación y rehabilitación basado en:

- Rehabilitación respiratoria.

- Bipedestación en plano inclinado.
- Ejercicios de potenciación de muscular en MM. SS.
- Cinesiterapia pasiva de MM.II. para mantener las articulaciones libres.
- Reeducción vesical, inicialmente con VSP, con cateterismos intermitentes cada ocho horas.
- Reeducción intestinal mediante la utilización de laxantes
- Terapia ocupacional con el objeto de adiestramiento en el manejo de silla de ruedas manual así como reeducación de las actividades de la vida diaria y cuidados personales.

El juicio clínico fue:

1. Síndrome de lesión medular incompleto sensitivo C4, completo motor con nivel neurológico C7 (ASIA B).

2. Intestino y vejiga neurógeno.

El día 14 de septiembre de 2010, cuando se encontraba realizando su tratamiento rehabilitador diario en el Gimnasio de la Unidad, sufrió un desvanecimiento seguido de una parada Cardiorrespiratoria, la cual tras intensas maniobras de reanimación, tanto básica como avanzada, no se logró resolver, y falleció.

Su esposo ingresó en hospitalización de Neurocirugía el día 24 de marzo de 2010, con el diagnóstico de Cervicobraquialgia, se le realizaron estudios de resonancia magnética que demostraron una hernia discal cervical C5-6, motivo por el que se decide una intervención quirúrgica, consistente en extirpación del disco herniado C5-C6, de los esteofitos posteriores C5-C6 y extirpación del LVCP que se encontraba calcificado, intervención quirúrgica que se lleva a cabo el día 12 de abril de 2010, tras la cual se le informa a la familia que ha quedado tetrapléjico. El día 25 de junio de 2010 es trasladado al Complejo Hospitalario Materno Insular de las Palmas de Gran Canaria, donde fallece tres meses después, concretamente el día 14 de septiembre de 2010, de una parada cardiorrespiratoria mientras le hacían la rehabilitación.

Concluye con que el óbito se produce como resultado del funcionamiento normal o anormal del Servicio Canario de Salud, cinco meses después de ser intervenido en el Hospital Nuestra Sra. de la Candelaria, de mielopatía secundaria a hernia discal C5-C-6. Existiendo una innegable y directa relación de causalidad entre dicha

actuación de la administración sanitaria y el resultado dañoso, el fallecimiento de su esposo.

2. El primer informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 3 de diciembre de 2015, con base en la documentación médica obrante en el expediente constituido por el historial del interesado y por los informes emitidos por los servicios que participaron en la atención sanitaria prestada, relata los hechos relevantes de la siguiente manera:

- El día 12 de abril de 2010, el paciente de 50 años fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC) por presentar una mielopatía secundaria a la hernia discal C5-C6. La intervención consistió en la extirpación del disco herniado C5-C6, de los osteofitos posteriores C5-C6 y extirpación del Ligamento Vertebral Común Posterior (LVCP) que se encontraba calcificado (Discectomía y fijación anterior)

No obstante, la evolución postoperatoria fue desfavorable, presentando una pérdida de fuerza en las extremidades y trastorno sensitivo, motivo por el cual fue sometido a una Resonancia magnética urgente, que no objetivó hematoma u otros fenómenos compresivos. Se practicó en el postoperatorio inmediato de la Discectomía, una Lamiectomía C3-C7, con carácter urgente. En el postoperatorio de la Lamiectomía, se observa una evolución tórpida con medular completa motora y en C6-C7 y medular incompleta sensitiva C6-C7.

Posteriormente, fue ingresado en la UVI del HUNSC, el día 14 de abril de 2010, por insuficiencia respiratoria secundaria a atelectasia pulmonar izquierda y fue necesaria la realización de una Traqueotomía, siendo alta en UVI en fecha 13 de mayo de 2010 y reingresaría en Neurocirugía.

- El 25 de junio de 2010, fue trasladado a la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria (CHUIMI). Tras la exploración efectuada se observó un síndrome de lesión medular completo motor C7 e incompleto sensitivo C4 (ASIA B; que quiere decir que hay preservación sensitiva pero no motora). ASIA es: Asociación Americana de Lesión Medular

- Tras el ingreso en la ULM, fue incorporado al programa de reeducación y rehabilitación.

- Luego de 2 meses y 20 días de rehabilitación, con evolución neurológica y funcional satisfactoria, cuando se encontraba realizando su tratamiento rehabilitador

diario, en el gimnasio de la Unidad (ULM), sufrió un desvanecimiento seguido de parada cardiorrespiratoria por infarto agudo de miocardio y pese a los intentos de reanimación y resucitación cardiopulmonar, por parte de los servicios asistenciales, el paciente es exitus a las 12:40 del día 14 de septiembre de 2010.

Hace constar el Servicio de Inspección y Prestaciones que está acreditado en el expediente el Consentimiento Informado para la intervención de su de hernia discal cervical y mielopatía, con técnica de Discectomía y fijación anterior, en el que están descritas las posibles complicaciones: Lesiones a nervios o médula que originen pérdida de fuerza o sensibilidad en las extremidades, como así le sucedió al paciente, en el postquirúrgico inmediato.

- En cuanto a la segunda intervención -Lamiectomía descompresiva Urgente en C3-C7-, al tratarse de una procedimiento quirúrgico Urgente, tal y como se recoge en el artículo 9.2,b en 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, entiende que no era necesario el Consentimiento Informado, ya que la urgencia no permite demoras en la actuación médica, al existir un riesgo grave sobre el acervo físico o psíquico del paciente.

- Considera que la complicación surgida en el postquirúrgico inmediato de la Discectomía y fijación anterior (pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidades, afectación de nervios y médula espinal) requirió realizar una Lamiectomía descompresiva C3-C7, con carácter urgente, cuya evolución fue tórpida, observándose afectación medular completa motora en C6-C7 y afectación medular incompleta sensitiva en C6- C7.

3. En el segundo informe, de 11 de mayo de 2016, el referido Servicio lleva a cabo las siguientes consideraciones, que a continuación se exponen resumidamente:

Toda la red de Hospitales del Servicio Canario de la Salud, participa de los protocolos de actuación y cumplimiento para enfermedades nosocomiales que el Ministerio de Sanidad tiene elaborado junto con la Sociedad Española de Medicina Intensiva.

Dicho protocolo incluye: Protocolo de manejo de la Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave con Criterios de sospecha de caso de nueva Gripe A1, Criterios de Laboratorio, Neumonía Comunitaria grave, Tratamiento y diagnóstico empírico inicial, Tratamiento antivírico, Aislamiento, Manejo de la insuficiencia respiratoria, Programa inicial de la ventilación mecánica, Maniobras de rescate en caso de

hipoxemia refractaria, Maniobras de reclutamiento alveolar, Decúbito prono, Oxigenación extracorpórea, Tratamiento farmacológico, Soporte hemodinámico, Sedación y Consideraciones en pacientes embarazadas.

Por tanto, en el caso estudiado, de acuerdo con dichos protocolos el paciente aquejado de neumonía por los microorganismos: *Staphylococcus aureus* y *Serratia marcescens*, fue tratado con éxito terapéutico, cursando Alta en UVI del HUNSC en fecha 15 de mayo de 2010.

La *Serratia marcescens* suele estar dentro del paciente no existiendo datos que hagan sospechas tuvieron otro origen, que el de su propia flora intestinal que pasó de flora normal (inofensiva) a flora anormal nociva.

El origen de la Miocarditis que padeció el paciente no pudo ser probada en la autopsia practicada en el enfermo (Informe anatómico-patológico del CHUIMI), en la que sólo se mencionó, en relación a la Miocarditis: Miocardiopatía dilatada, probablemente secundaria a Miocarditis con Pericarditis asociada, pero sin indicar la causa.

La Miocarditis podría tener su origen hipotético en los microorganismos *Serratia marcescens* o *Staphylococcus* -que son los detectados en la neumonía padecida por el paciente-, pero también cabría la hipótesis de la causa Tóxica -dados los antecedentes personales del paciente- e incluso la hipótesis Viral o Fúngica.

Sin embargo, no existió sintomatología ni signología de Miocarditis, y se supo de su existencia postmortem. Insiste en que no hubo posibilidad de concebir un diagnóstico de sospecha para detectarla. Así, no existiendo síntomas y signos, no era posible el diagnóstico y menos aún el tratamiento.

No hubo ningún indicio de la existencia de Miocarditis durante la estancia hospitalaria ni mientras estuvo en la ULM, detectándose únicamente, por el estudio de Anatomía Patológica/autopsia postmortem.

Los síntomas de dicha patología son:

Disnea de nueva aparición (días hasta 3 meses) de reposo o en ejercicio o el empeoramiento de disnea previa, y/o fatiga, con o sin signos de insuficiencia cardíaca.

Disnea de reposo o en ejercicio subagudalcrónica (>3 meses) o el empeoramiento de una previa, y/o fatiga, corto sin signos de insuficiencia cardíaca.

Palpitaciones y/o síntomas de arritmia inexplicables y/o síncope y/o muerte súbita abortada.

Shock cardiogénico sin causa aparente.

Durante su estancia en la ULM, al tratarse de un paciente sin antecedentes cardiológicos en su historia clínica del hospital de procedencia y estando clínicamente asintomático desde el punto de vista cardiológica (no refería disnea, no tenía antecedentes de angor -angina de pecho-, etc.), no se le realizó ningún ecocardiograma, que es la prueba principal para la detección de miocardiopatía dilatada.

La Miocarditis tiene tratamiento, cosa distinta es el pronóstico que, por lo general, oscila entre la incertidumbre y el mal pronóstico. Pero para tratarla debe existir un diagnóstico, y no hubo opción, para ni tan siquiera lograr un diagnóstico de sospecha, y, menos aún pautar un tratamiento, al no existir ningún indicio que culminase en su detección.

Concluye el Servicio de Inspección y Prestaciones de la siguiente forma: «Por todo lo anterior y por el Informe de Inspección precedente, consideramos libre de responsabilidad patrimonial, a la Administración sanitaria».

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por considerar que no concurren en el presente caso los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración.

Según se desprende del expediente, la interesada reclama por distintas cuestiones: por un lado, por las dos intervenciones quirúrgicas en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria (la primera por mielopatía secundaria a hernia discal C5-C6 y la segunda en el postoperatorio inmediato de la Discectomía, una Lamiectomía C3-C7) que le produjeron a su marido lesiones medulares consistente en Síndrome de lesión medular incompleto sensitivo C4, completo motor con nivel neurológico C7 (ASIA B). Por otro lado, una vez ingresado en la ULM del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, por la Miocarditis que le produjo un infarto de miocardio del que falleció.

Lo anterior requiere que este Consejo deba tratar separadamente dos cuestiones relevantes para el presente caso: por una parte, las consecuencias que en orden a la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración presenta el hecho

acreditado de que el paciente prestara su consentimiento informado a la intervención practicada y, por otra, por la efectiva adecuación de la asistencia sanitaria prestada a *la lex artis* en cuanto a los tratamientos y técnicas empleados.

2. Con carácter preliminar, hemos de insistir en que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo, el servicio público de la sanidad se dirige a 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 sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y 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.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional,

entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

3. Pues bien, entrando ya en el primero de los aspectos señalados, la adecuación a la *lex artis* exige que los pacientes reciban cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

En este sentido, 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, enuncia en su art. 2, entre sus principios básicos, la exigencia, con carácter general, del previo y preceptivo 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 ley (apartado 2). Asimismo, 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 art. 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, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el art. 8 prevé que «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso», y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito.

En distintas ocasiones este Organismo ha afirmado (ver, por todos, el reciente DCC 283/2016) que el consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese

riesgo, por lo que, de concretarse éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

En este sentido, la jurisprudencia de manera constante ha venido sosteniendo que la falta o insuficiencia de la 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 vitales que se le presentan, como expresamente reconocen las SSTS de 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, 4 de octubre de 2011, 30 de abril de 2013 y 26 de mayo de 2015, entre otras.

En el presente caso, consta debidamente rubricado el consentimiento informado relativo a la intervención quirúrgica en el que se recogen riesgos específicos como lesiones de nervios o médula que originen pérdida de fuerza o sensibilidad en las extremidades.

Los posibles riesgos fueron conocidos y asumidos por el paciente en el momento en que manifestó su consentimiento a la intervención, por lo que, desde esta perspectiva, la asistencia sanitaria no puede considerarse en ningún caso contraria a la *lex artis*.

En cuanto a la falta de consentimiento informado de la segunda operación, la realizada en el postoperatorio inmediato de la Discectomía, una Lamiectomía C3-C7, ha de recordarse, que el art. 9.2 de la Ley estatal 41/2002, de 14 de noviembre, establece lo siguiente:

«Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, entre otros, en el siguiente caso: (...) b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él».

Está acreditado en el expediente por los informes del Servicio que la complicación surgida en el postquirúrgico inmediato de la Discectomía y fijación anterior (pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidades, afectación de nervios y médula espinal) requirió realizar con carácter urgente una Lamiectomía descompresiva C3-C7 al existir un riesgo grave para la integridad física del paciente, circunstancia que no era previsible.

Como ya hemos razonado en otras ocasiones (ver DCC 276/2016), si la decisión de operar se tomó por el facultativo interviniente dada la urgencia del acto, no es preciso solicitar el consentimiento del paciente ya que la falta de información no limitaría la voluntad del paciente dado que una eventual negativa a realizarla no modificaría la decisión tomada por el responsable en ese momento urgente, pues ante el riesgo para la salud del paciente esa intervención se revela no solo urgente, sino la única actuación posible.

Esta forma de actuar está de acuerdo con la ley y ha sido ratificada por la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Así, son numerosas las sentencias que excusan la necesidad de consentimiento informado en casos de urgencia (ver, por todas, la STS 24 abril 2012).

Aplicada esta tesis al caso planteado, es claro que la realización de esa intervención era imprescindible para evitar el agravamiento de la salud del paciente, no debiendo estar sometido a las obligaciones generales o específicas de información a la paciente, pues dicha actuación, por imprescindible y urgente, no puede ser refutada de antijurídica, ya que la voluntad de la paciente en nada pudo alterar el curso de los acontecimientos pues estaba en peligro su salud y no había alternativas a considerar.

De lo anterior se infiere que, no siendo exigible en este caso de urgencia recabar el consentimiento informado, la actuación médica es plenamente conforme a la *lex artis ad hoc*.

4. La otra cuestión es si la no detección de su patología supuso una incorrección de la asistencia sanitaria prestada.

Esta afirmación no puede considerarse justificada a la vista de los informes obrantes en el expediente y singularmente los del Servicio de Inspección y Prestaciones, que revelan la adecuación de la asistencia sanitaria a la *lex artis* y la inexistencia de un daño antijurídico.

Así, está acreditado, por un lado, que se prestó la asistencia precisa ante los inconvenientes que se plantearon, como el estricto cumplimiento de los protocolos que están establecidos, así como, por otro, es taxativa la inexistencia de síntomas que relevaran lesión cardíaca, en ambos casos tanto mientras estuvo intervenido en el HUNSC, como en la ULM del CHUIMI.

La interesada insiste en que el óbito de su marido se produce como resultado del funcionamiento normal o anormal del Servicio Canario de la Salud, existiendo una

innegable y directa relación de causalidad entre dicha actuación de la administración sanitaria y el fallecimiento del paciente.

Como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, el reciente DCCC 238/2016), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria.

Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts. 3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, art. 6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP).

Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC).

No hay en el expediente indicio alguno de que la aseveración de que la defunción del marido de la interesada fuera consecuencia de la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria recibida en el HUNSC o en el CHUIMI.

Ya se ha reseñado que los distintos informes obrantes en el expediente sostienen que se ha respetado la buena práctica médica en el curso de la atención prestada, y que la falta de sintomatología impidió detectar la patología por la que se produjo la muerte súbita e inesperada del paciente.

Se ha de insistir al respecto que, 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.

En el presente caso, el paciente recibió una asistencia correcta no siendo médicamente posible detectar, por falta de sintomatología de las lesiones cardiacas, la causa que produjo su muerte, pero durante su permanencia en dependencias del SCS, tanto en el HUNSC como en el CHUIMI, recibió una asistencia que en todo momento fue conforme a *lex artis*.

Por ello es conforme a Derecho que la Propuesta de Resolución desestime la pretensión resarcitoria, ya que no se da la necesaria relación de causa a efecto entre la muerte del esposo de la interesada y la asistencia recibida para que prospere la reclamación por responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada es conforme a Derecho, con arreglo a la argumentación que se expone en el Fundamento III.