



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 4 8 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 13 de julio de 2017.

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 y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 213/2017 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El interesado en este procedimiento no ha cuantificado la indemnización que reclama. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros (de hecho aporta facturas por importe superior a dicha cifra). Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero 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 la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

---

\* Ponente: Sr. Brito González.

Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

## II

1. (...), actuando en nombre y representación de (...), formula con fecha 2 de agosto de 2012 reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a su representado.

El reclamante expone en su escrito inicial, entre otros extremos, lo siguiente:

- Durante su estancia hospitalaria entre el 9 y 12 de marzo de 2011 en el Hospital General de Fuerteventura los facultativos le implantaron un marcapasos según intervención programada.

- Una vez dado de alta, volvió a su domicilio y a sus menesteres, hasta ingresar el día 29 de julio de 2011 en Urgencias y fue trasladado al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, en concreto al Hospital Insular de este Servicio Canario de la Salud, debido a una infección del tejido alrededor del marcapasos implantado que hizo peligrar su vida. Los facultativos se limitaron al intento de tratar en parte las consecuencias de la infección, abriéndole el tejido infectado y finalmente le dieron el alta el 5 de agosto de 2011, con la herida abierta y el tejido infectado, sin curar, en espera de futuras intervenciones en septiembre de 2011, remitiéndole a su médico para curas en el ínterin.

- Ante estos acontecimientos, se trasladó a Alemania en el primer vuelo disponible, donde ingresó el mismo día de su llegada en el Hospital Universitario de Düsseldorf, en el cual le diagnosticaron: herida abierta y sospecha de infección de la herida por implantación de marcapasos en marzo de 2011. Síndrome del nodo enfermo por implantación de marcapasos.

Debido a la gravedad de la infección se le explantó el marcapasos el 15 de agosto de 2011 y se le implantó un marcapasos temporal. Una vez curada la infección antes indicada se procedió a implantar el nuevo marcapasos el 26 de agosto de 2011 y se

procedió al alta hospitalaria tres días después, con remisión al servicio ambulatorio para medicación y curas postoperatorias, así como eliminación del material de sutura al duodécimo día tras la operación.

El reclamante considera que la infección fue causada porque la implantación del marcapasos por los facultativos del Hospital General de Fuerteventura no se realizó «lege artis», en particular por haberse llevado a cabo con poca profundidad. Estima además que su situación se agravó por la falta de tratamiento adecuado en el Hospital Insular.

No cuantifica la indemnización que solicita, señalando que la evaluación económica del daño dependerá del tiempo que permanezca de baja, así como de las secuelas y la posible invalidez que le quede.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, al alegar daños personales como consecuencia de la actividad sanitaria, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento. Consta asimismo debidamente acreditada la representación conferida.

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

3. La reclamación ha sido presentada el 2 de agosto de 2012, en relación con la asistencia sanitaria prestada hasta el 5 de agosto de 2011. No resulta por ello extemporánea, al haber sido presentada antes del transcurso del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a 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.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio 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. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación por el interesado, mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 8 de noviembre de 2012 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar al interesado que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 24 de febrero de 2016 se emite informe por el mencionado Servicio y a él se acompaña copia de la historia clínica del reclamante obrante en el Hospital General de Fuerteventura. Se adjunta asimismo el informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del citado Centro hospitalario citado y del Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Insular de Gran Canaria. Con posterioridad fue aportada también la historia clínica obrante en este último Hospital.

Consta también en el expediente el acuerdo sobre el periodo probatorio, en el que se admitieron las pruebas documentales propuestas por el interesado y se incorporaron, como prueba documental, los informes recabados por la Administración. Asimismo, se procedió a la apertura de un periodo probatorio de treinta días a fin de que por el reclamante se aportase el dictamen pericial propuesto, lo que no llevó a efecto.

A la reclamante se le ha otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que presente alegaciones en el plazo (prorrogado) concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Viceconsejería de los Servicios Jurídicos, 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.

6. En este procedimiento se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

### III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, es preciso tener en cuenta los siguientes antecedentes que resultan relevantes:

- El día 9 de marzo de 2011 el paciente acude, en régimen privado, al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura remitido desde su Centro de Salud, donde había acudido por presentar desde unos 3-4 días previos un cuadro de cefaleas de carácter opresivo con episodios presincopales, no refiere episodios de dolor precordial ni fiebre. Se realiza EKG donde se evidencia la existencia de un bloqueo aurículo -ventricular de 2º grado Mobitz II, con una frecuencia media de 40 l.p.m. Dada la situación del paciente se ingresa en el Servicio de Medicina Interna para valorar la implantación de marcapaso definitivo.

- El día 10 de marzo de 2011 el paciente ingresa en este Servicio de Medicina Interna donde al día siguiente, tras previa firma de consentimiento informado, se le coloca marcapasos bicameral. Al paciente se le administró antibioterapia profiláctica. Recibe el alta médica el 12 de marzo de 2011, con indicación de continuar tratamiento antibiótico prescrito por su médico, curas locales en su Centro de Salud, retirar puntos de sutura pasados 8-10 días y acudir a consulta de marcapasos el próximo 6 de abril de 2011.

- En consulta en esta fecha se anota: cicatriz de herida muy bien. Se ha reducido ligeramente el sensado de la aurícula, pero está bien, excelente sensado y estimulación del ventrículo (>15 y 0,37 regularmente). Su ritmo de base es de un bloqueo 2:1 por lo que no se gradúa de forma adecuada al aumentar el periodo AV por caer casi todas las P dentro del QRS anterior sin conseguir prácticamente ni un solo latido propio. Así que se deja el AV como está, en 120. Se cita en dos meses.

- El 2 de junio de 2011 el paciente acude a la segunda revisión del marcapasos. Se mantiene asintomático, marcapasos normofuncionante, con buenos parámetros de estimulación y sensado. El EKG: ritmo sinusal con respuesta ventricular a través de marcapasos. Cita en 8 meses.

- El 22 de julio de 2011 acude a Consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura por presentar una sobreinfección local con absceso fistulizado con exposición de marcapasos. No síntomas sépticos. Se extrae hemocultivo y muestra de exudado. Y se pauta medicación. Marcapasos

normofuncionante. Se cita para control y seguimiento por médico de cabecera en caso de empeoramiento acudir. Se cita a los tres días para valoración.

- El 25 de julio de 2011 se objetiva ausencia de mejoría de la situación, por lo que se plantea el traslado del paciente al Servicio de Cardiología del Hospital Insular de Gran Canaria, Unidad de arritmias, ya que el Hospital de Fuerteventura no dispone de la tecnología necesaria si fuera precisa la explantación del marcapasos.

- El 29 de julio de 2011 el paciente es trasladado desde el Hospital General de Fuerteventura hasta el Hospital Universitario Insular-Materno-Infantil de G.C., donde ingresa por extrucción del marcapasos e infección. El paciente viene con tratamiento antibiótico (cefuroxima) desde hace 6 días previos al ingreso. No ha presentado fiebre, ni afectación del estado general ni disnea ni síncope, no dolor torácico. Únicamente presencia de signos inflamatorios locales en sitio de extrucción del marcapasos. Ritmo de marcapasos a 96 latidos minuto normofuncionante.

- El día 1 de agosto de 2011 se realiza estudio ecocardiográfico transtorácico bidimensional con doppler continuo pulsado y color. Se objetiva VI no dilatado con hipertrofia ventricular izquierda ligera. Función sistólica global y segmentaria de VI normal. FEVI normal. Cavidades derechas normales. Válvulas aurículo-ventriculares y sigmoideas normales. Cable del marcapaso en VD. No derrame pericárdico.

- El 3 de agosto de 2011, se realiza cirugía de extracción del marcapasos. Se procede a retirar la pila del marcapasos con apoyo de cirugía torácica. Se visualiza zona infectada de donde se toman cultivos. Se intenta extraer electrodo de subclavia, tanto con guía como sin ella pero no se logra sacar el electrodo de fijación pasiva, que se encuentra fijo en VD. Se decide no seguir intentando retirar el dispositivo, realizándose cura local y reimplante del dispositivo en su bolsillo, cierre con grapas dejando drenaje.

- El 4 de agosto de 2011 se contacta con la Unidad de Marcapasos del Hospital Dr. Negrín, para intento de extracción del aparato con radiofrecuencia o de forma quirúrgica según disponibilidad.

El resultado del cultivo de exudado de la herida quirúrgica realizado el día anterior es negativo, según consta en informe del Servicio de Microbiología, siendo el diagnóstico de infección de bolsillo de marcapasos.

- El paciente recibe el alta el 5 de agosto de 2011. En el informe de alta se hace constar que se ha contactado con Hospital Dr. Negrín para intento de extracción del mismo con radiofrecuencia y contrapulsión para lo cual se había procedido a los

trámites del mismo, teniendo que esperar hasta el mes de septiembre. Se indica además que el paciente se pone en contacto con su compañía de seguros, para que sea valorado por su cardiólogo en su país de origen.

En cuanto a la situación del paciente al alta, se refiere que se encuentra asintomático, en ritmo sinusal con normal sensado de la actividad auricular y normal captura ventricular sin signos de infección sistémica. Se considera el alta con tratamiento antibiótico hasta valoración por su cardiólogo en Alemania.

- El día 5 de agosto de 2011 el paciente viaja a Alemania en vuelo regular sin precisar acompañamiento sanitizado. Se realiza analítica dos días después y el día 11 del mismo mes ingresa en el Hospital de Düsseldorf, donde termina de curar la infección de bolsa del marcapaso y le hacen recambio del mismo. Permanece ingresado hasta el 29 de agosto de 2011.

- El 1 de febrero de 2012 el paciente acude al Hospital General de Fuerteventura para control del marcapasos. Se anota: marcapasos normofuncionante con buena frecuencia de estimulación y sensado. Sin cambios. Revisión en 6 meses.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al considerar que la documentación obrante en el expediente justifica la idoneidad de la implantación del marcapasos ante la dolencia cardíaca padecida por el reclamante, así como que dicha implantación y las subsiguientes actuaciones se realizaron conforme a la *lex artis*. A ello añade que el daño alegado no reviste el carácter de antijurídico, sino que se trata de un daño que el reclamante asumió al suscribir el documento de consentimiento informado, en el que constaba el riesgo de sepsis.

3. El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución requiere tratar separadamente las dos cuestiones que en la misma se suscitan y que vienen constituidas, por una parte, por la efectiva adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* en cuanto a los tratamientos y técnicas empleadas y, por otra, por 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.

Con carácter previo resulta no obstante necesario precisar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal

Supremo y como obligadamente se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo, 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.

Las razones que se acaban de exponer, y que se resumen en que no poseen la cualidad de daños antijurídicos aquellos causados por la propia naturaleza e inevitables por la ciencia médica y que por ende no son indemnizables conforme a los

arts. 139.1 y 141.1 LRJAP-PAC, están acogidas, como se adelantó, por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la responsabilidad extracontractual de los servicios públicos de salud. La STS de 9 octubre 2012, entre otras muchas, se expresa en este sentido en los siguientes términos:

«Con relación esta alegación del motivo debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*».

4. Pues bien, entrando ya en el primero de los aspectos señalados, relativo a la corrección de la asistencia sanitaria prestada, la Propuesta de Resolución sostiene que el acto médico realizado fue correcto.

Esta afirmación puede considerarse justificada a la vista de los informes obrantes en el expediente.

Así, se encuentra acreditado en el expediente, y no ha sido cuestionado por el reclamante, que la implantación de un marcapasos era el tratamiento adecuado a la dolencia padecida, ya que presentaba alteraciones del ritmo cardiaco.

Asimismo, para su colocación se llevó a cabo antibioterapia con la finalidad de evitar posibles infecciones y, al alta, se le indicó continuar el tratamiento antibiótico prescrito por su médico.

La infección por la que reclama se evidenció cuando acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura el 22 de julio de 2011, más de cuatro meses después de la implantación del marcapasos, y sin que en las consultas de control anteriores en fechas 6 de abril y 2 de junio presentara síntoma alguno de esta afección, constando en la historia clínica que la cicatriz de la herida se encontraba en buen estado y que el paciente permanecía asintomático, con el marcapasos normofuncionante. Cuando acude al Servicio de Urgencias en la señalada fecha presentaba fistulización con exposición del generador, no acompañado de cuadro general y con el marcapasos normofuncionante.

Todo ello motiva que por parte del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Fuerteventura se informe que las infecciones de los dispositivos arrítmicos se pueden producir entre el 0.5 y el 7% de los pacientes y se puede presentar hasta los veinte meses tras el implante. No obstante, también pone de manifiesto que del paciente no se tienen referencias de si siguió las indicaciones terapéuticas dadas al alta, de si presentó sintomatología local en la bolsa de marcapasos o de si fue valorado en otro sistema sanitario fuera el Servicio Canario de la Salud (dado que se trata de un paciente que acudió en régimen privado) durante el intervalo que va desde la segunda revisión, a los tres meses del implante, y la atención que se realizó en el Servicio de Urgencias, a donde acudió con el marcapasos ya expuesto. Entiende además este facultativo que es condición necesaria, antes de producirse la fistulización del dispositivo implantado, la existencia de un proceso inflamatorio local, del que se ignora si fue o no tratado, ya que cuando acudió al Servicio de Urgencias el marcapasos ya estaba expuesto, desconociendo por tanto si el tratamiento precoz del proceso infeccioso hubiera podido evitar la explantación.

En cuanto a la atención sanitaria recibida una vez detectada la infección, al paciente se le pauta en el referido Servicio de Urgencias tratamiento antibiótico y se cita a los tres días para una nueva valoración. En esta ocasión se objetivó ausencia de mejoría, por lo que se plantea su traslado al Servicio de Cardiología del Hospital Insular, al no disponer el Centro hospitalario de la tecnología necesaria si fuera precisa la explantación.

Durante su estancia en la Hospital Insular de Gran Canaria, consta al ingreso que se había iniciado tratamiento antibiótico en el Centro hospitalario de Fuerteventura y que no ha presentado fiebre ni afectación del estado general, sino únicamente presencia de signos inflamatorios locales en sitio de extracción del marcapasos. Se intentó la retirada del marcapasos, que resultó infructuosa, por lo que se contactó con el Hospital Dr. Negrín, Centro de referencia de Cirugía Torácica, para intentar la extracción del aparato con radiofrecuencia y contrapulsión, si bien se debía esperar hasta el mes de septiembre. El paciente sin embargo decide trasladarse a su país de origen para continuar su tratamiento, como ya se ha relatado en los antecedentes. Por ello, según consta en el informe de alta del Hospital Insular, dado que el paciente se encuentra asintomático, en ritmo sinusal con normal sensado de la actividad auricular y normal captura ventricular, sin signos de infección sistémica, se considera el alta con tratamiento antibiótico hasta valoración por su cardiólogo.

No consta en el expediente ni el reclamante ha acreditado que la asistencia recibida en el Hospital Insular de Gran Canaria no se ajustara a la *lex artis*, pues se pusieron a su disposición los medios disponibles para tratar de curar su enfermedad, con tratamiento antibiótico y la extracción del marcapasos, que si bien no se pudo llevar a cabo en un primera intervención, sí se derivó al paciente al Centro de referencia, al que el reclamante prefirió no acudir.

Conforme indica además el SIP en su informe, en la documentación aportada por el interesado no se constata que, una vez en el Centro hospitalario en Alemania, precisara otro tratamiento antibiótico que el iniciado previamente en los Centros del Servicio Canario de la Salud.

Así pues, la asistencia sanitaria fue correctamente prestada, pues el paciente recibió tratamiento antibiótico con ocasión de la implantación del marcapasos y una vez detectada la infección. También se pautó la explantación del dispositivo, que no se llevó finalmente a cabo en el Centro de referencia por voluntad del propio paciente, que decidió acudir a un Centro en su país de origen. El Servicio Canario de la Salud puso pues a disposición del paciente los medios disponibles para tratar de curar su enfermedad, por lo que procede concluir que la asistencia prestada fue conforme a la *lex artis*.

5. Ahora bien, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también

que aquél reciba 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, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3 del mismo precepto), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). 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.

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, como ya se ha indicado, el consentimiento informado relativo a la implantación de marcapasos cardíaco, en el que, entre los riesgos específicos propios de estas intervenciones, se consignó la posibilidad de sepsis. Este riesgo fue por consiguiente conocido y asumido por el paciente en el momento en que manifestó su consentimiento a la intervención, por lo que, desde esta perspectiva, la asistencia sanitaria puede considerarse también ajustada a la *lex artis*.

Por todo ello, procede concluir que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación se considera conforme a Derecho.