



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 7 3 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 19 de diciembre de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 440/2017 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 responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 20 de mayo de 2015 por (...), solicitando una indemnización por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del SCS.

2. La interesada cuantifica la indemnización que reclama en 207.590 euros, lo que 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), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Brito González.

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

4. El órgano competente para resolver es la Dirección 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.

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.

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; no obstante ello, esta demora 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. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante funda su reclamación en los siguientes hechos:

- El 2 de mayo de 2014 ingresa de manera programada en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín para tratamiento quirúrgico por suboclusión intestinal, siendo intervenida el día 5 de mayo de 2014 por el Servicio de Cirugía.

- Evoluciona bien de la operación, sin ningún problema, hasta el día 9 de mayo de 2014, día que intentan quitarle el drenaje varios profesionales, todo ello a pesar que manifestaba de manera expresa que sentía dolor cada vez que tiraban del mismo, pero aun así continuaron tirando del mismo. Finalmente, no pudo ser retirado por lo que tuvo que ser intervenida el día 10 de mayo de 2014, para hacerlo quirúrgicamente.

- Tuvo que ser intervenida nuevamente con carácter urgente el día 12 de mayo de 2014 por peritonitis purulenta y plastrón que contiene la anastomosis, se realiza resección de la misma e ileostomía terminal.

Entiende que no se llevó a cabo el tratamiento adecuado, pues hasta el día en que intentaron quitarle en planta el drenaje se encontraba perfectamente, teniendo que ser reintervenida a partir de este hecho, primero para retirar el drenaje y, posteriormente, el día 12 de mayo de 2014.

- Debido a la ileostomía realizada por la mala actuación ha tenido que acudir al Servicio de Urgencias en varias ocasiones por deshidratación. Con diagnóstico de FRA prerrenal e hiponatremia hipoosmolar Vec bajo.

- Como consecuencia de la mala praxis en que ha incurrido el personal sanitario y el personal médico, ha sufrido un grave proceso infeccioso y ha tenido que someterse a varias intervenciones.

- Lleva en lista de espera para ser intervenida de nuevo para retirar la ileostomía desde el mes de diciembre de 2014, sin que hasta la fecha en que presenta la reclamación la hayan llamado.

- En resumen, su ingreso ha marcado un antes y un después en su vida. Las repercusiones de esta deficiente asistencia sanitaria son considerablemente graves por cuanto afectan a todas las facetas de su vida. Ello la ha sumergido en una situación de angustia y tristeza constante dado que las limitaciones físicas y psicológicas le impiden ser independiente en su vida diaria y trabajar.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe sobre la reclamación, del que, tras un detallado relato del historial clínico de la paciente, que damos por reproducido, emite las conclusiones siguientes:

«1. La paciente tiene en sus antecedentes personales una intervención de Urgencias por un cuadro de oclusión intestinal producido por un Linfoma no Hodking, en abril de 2005 con buena evolución postoperatoria.

El día 02-05-2014 la paciente ingresa de manera programada para tratamiento quirúrgico por suboclusión intestinal. Firmó previamente el consentimiento informado en el que se especifica claramente los riesgos de una anastomosis intestinal (entre otros la dehiscencia anatómica o fuga intestinal). La analítica y demás pruebas preoperatorias fueron normales. Se intervino de forma programada el día 05-05-2014 por el Servicio de Cirugía, objetivándose un engrosamiento de la pared intestinal a nivel de la anastomosis. Se resecó esta zona y se reconstruyó el tránsito realizándose una anastomosis con sutura mecánica automática. Se

dejó también un drenaje aspirativo en las inmediaciones de la anastomosis. Tiene una buena evolución postoperatoria, sin ningún problema.

2. El día 9 de mayo, o sea 7 días después de la intervención quirúrgica, intentan quitarle el drenaje, y ante la imposibilidad de su retirada, por dolor, se decide reintervención quirúrgica para extraerlo. Como bien dice en su escrito el Jefe del Servicio de Cirugía General del HUGCDN el día 09-05-2014 "Se ordenó la retirada del drenaje, maniobra que lleva a cabo normalmente el enfermero/a de planta. Ante la imposibilidad de extraer dicho drenaje de la cavidad abdominal (la maniobra despertaba intenso dolor en la paciente), que se consultó con el equipo médico de planta, quien verificó la existencia de un "drenaje retenido", es decir, una situación en la cual es imposible retirar manualmente el drenaje por el intenso dolor que despierta en la paciente. Esta circunstancia se relaciona habitualmente con la adherencia de dicho drenaje a las asas intestinales o al peritoneo de forma secundaria a la aspiración negativa a la que se conecta. Se decidió en este caso su extracción mediante una reintervención quirúrgica. Dicha reintervención se llevó a cabo el día 10-05-2014. "Tras apertura de la cavidad abdominal, el drenaje se retiró manualmente, de forma atraumática y sin ningún problema. La revisión posterior de la cavidad no reveló ninguna anomalía, incluyendo la anastomosis".

3. El día 11-05-2014, 24 horas después de la segunda intervención, "la paciente presentó un cuadro de intenso dolor abdominal de aparición relativamente brusca y signos de deterioro progresivo de su estado general, tras la realización de las oportunas pruebas analíticas y radiológicas, hicieron sospechar la aparición de una fuga anastomótica". "Se reintervino por tercera vez el día 12-05-2014 de forma urgente, confirmándose la existencia de una dehiscencia de sutura de la anastomosis + peritonitis fecaloidea. Tras resección de la anastomosis, se realizó ileostomía terminal. El postoperatorio cursó lenta pero favorablemente, siendo dada de alta sin problemas.

Es objetivable por la Historia Clínica que cuando aparecen los síntomas es en el postoperatorio de la intervención para la retirada del drenaje, aparte del control evolutivo del paciente (habían transcurrido 24 horas), se realizaron pruebas analíticas y radiológicas que hicieron sospechar la aparición de la fuga anastomótica. Por tanto es obvio que se pusieron al servicio de la paciente tanto las pruebas diagnósticas necesarias, como los medios asistenciales y el tratamiento debidos en tiempo y forma para solventar la dehiscencia anatómica o fuga intestinal hecho ya contemplado como posible entre los riesgos de una anastomosis intestinal y que constan en el consentimiento informado, firmado por la paciente antes de la cirugía. Evoluciona favorablemente y se da alta hospitalaria.

4. Siguiendo la línea argumental que consta en el Informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y con la cual estamos totalmente de acuerdo, nos encontramos con que la paciente ha presentado dos problemas y ninguno de ellos creemos han sido motivo de mala praxis profesional:

A.- Drenaje retenido: Según informe de Jefe de Servicio de Cirugía: "En nuestro Servicio es práctica habitual dejar un drenaje aspirativo tras la realización de una anastomosis, con la finalidad de detectar precozmente una posible dehiscencia de dicha anastomosis (salida de contenido intestinal por el drenaje). Anualmente se realizan alrededor de 1000 laparotomías o laparoscopias, y en prácticamente el 80-90% se deja un drenaje. La complicación que denominamos "drenaje retenido" se suele ver solamente 1-2 veces a lo largo de la vida de un cirujano (30-40 años). Es tan infrecuente que ni si quiera aparece en el consentimiento informado habitual, como tampoco se incluye normalmente que se puede caer la lámpara de un quirófano encima del paciente (ha ocurrido) o que el enfermo sufra una quemadura por defecto del bisturí eléctrico. Es más, prácticamente no existe bibliografía al respecto, habiéndose comunicado muy pocos casos en la literatura mundial".

B.- Dehiscencia de la anastomosis: La dehiscencia de la anastomosis se puede presentar entre un 5-10% según las series consultadas, el tipo de anastomosis, etc., existe una gran cantidad de bibliografía publicada al respecto. Es uno de los riesgos graves que se afronta en estas operaciones y se recogen perfectamente en el consentimiento informado. Las anastomosis suelen fugar entre el día 5º y el 10º del postoperatorio. "Esta paciente comenzó con síntomas de dehiscencia al 7º día del primer postoperatorio, es decir, dentro del periodo habitual de presentación de la fuga.

Dado que 24 horas antes fue sometida a la extracción abierta del drenaje, la paciente, erróneamente relaciona este hecho con la fuga anastomótica". Comenta el Jefe de Cirugía en su Informe: "Insisto en que durante el segundo acto operatorio de la extracción del drenaje el cirujano cerró el abdomen tras haber comprobado que todo estaba en orden, incluido el buen estado de la anastomosis".

Es decir no se puede demostrar en absoluto que exista relación alguna entre un hecho (drenaje retenido) y el otro hecho (dehiscencia anastomosis). O dicho de otra forma, la dehiscencia de la anastomosis se pudo haber producido independientemente de que el drenaje estuviera o no retenido o de que hubiera sido reintervenida o no para su retirada.

(...)

6. La paciente en agosto de 2014 ingresa por deshidratación e Insuficiencia renal aguda en relación con pérdidas por ileostomía. Han transcurrido tres meses después de su última reintervención quirúrgica donde precisó realizar Ileostomía terminal. Fue ingresada en Servicio de Medicina Interna donde se le realizaron todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas pertinentes, siendo diagnóstica y tratada de:

- a.- Deshidratación por pérdidas por ileostomía.
- b.- IRA perenal resuelta.
- c.- Hiponatremia hipoosmolar 2º a deshidratación resuelta.

Con reposición hidroelectrolítica y Rehidratación se normaliza la función renal y las alteraciones electrolíticas, quedando resuelto y solucionado el cuadro de Insuficiencia renal Aguda y deshidratación como es habitual en estos casos. Además fue valorada por endocrinología que da consejos dietéticos y por cirugía que indica control al alta.

7. En agosto de 2015 se realizó intervención para resolver colostomía terminal. Se realiza anastomosis LL íleo- ileal y cierre de pared.

8. En definitiva, entendemos, pues, que en ningún momento de la atención prestada a la paciente se vulneró la "lex artis". Pues en cuanto aparecieron los síntomas de la paciente y tras la segunda intervención se pusieron a su alcance todos los medios diagnósticos necesarios para resolver, como así fue toda su patología.

9. Se emite informe desfavorable».

3. Por el órgano instructor se dicta acuerdo probatorio, incorporando la documental propuesta por la interesada y practicando la prueba testifical a los profesionales que prestaron la asistencia sanitaria propuestos por la interesada.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la reclamante al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular, de los informes médicos incorporados al expediente y no desvirtuados por la parte reclamante, se desprende que no existió una relación de causalidad entre la extracción del drenaje y la dehiscencia de la anastomosis e infección padecida, complicaciones que se encuentran descritas en el consentimiento informado suscrito por la interesada y que a pesar de su materialización fueron resueltos de forma rápida y eficaz por los servicios médicos, que actuaron conforme a la *lex artis*.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto

concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que no se llevó a cabo el tratamiento adecuado, teniendo que ser reintervenida para retirar el drenaje. Sin la prueba de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

La reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por contra, la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que cuando aparecen los síntomas es en el postoperatorio de la intervención para la retirada del drenaje, aparte del control evolutivo de la paciente (habían transcurrido 24 horas), se realizaron las pruebas analíticas y radiológicas que hicieron sospechar la aparición de la fuga anastomótica.

3. En el supuesto que nos ocupa se observaron todas esas exigencias, tal como se desprende del documento de consentimiento informado suscrito (página 116 expediente) por el reclamante, donde se le informa entre otros riesgos del que finalmente se le produjo («deshicencia anatómica o fuga intestinal»).

Que siete días después de la intervención quirúrgica, al no poder quitarle el drenaje, se haya decidido reintervención quirúrgica para extraerlo, como bien expuso el Jefe del Servicio de Cirugía General, se debió a la existencia de un «drenaje retenido», es decir, una situación en la cual es imposible retirar manualmente el drenaje por el intenso dolor que despierta en la paciente. La

extracción se efectuó «tras apertura de la cavidad abdominal, el drenaje se retiró manualmente, de forma atraumática y sin ningún problema. La revisión posterior de la cavidad no reveló ninguna anomalía, incluyendo la anastomosis».

De los informes obrantes en el expediente se deduce que es habitual dejar un drenaje aspirativo tras la realización de una anastomosis, con la finalidad de detectar precozmente una posible dehiscencia de dicha anastomosis (salida de contenido intestinal por el drenaje). La complicación denominada «drenaje retenido» es infrecuente y por eso ni si quiera aparece en el consentimiento informado habitual. Prácticamente no existe bibliografía al respecto, habiéndose comunicado muy pocos casos en la literatura mundial.

De lo anterior se deriva que el estado actual de los conocimientos no permite garantizar al cien por cien que en la práctica de intervención no se produzcan nuevos riesgos. El art. 141.1 de la LRJAP-PAC establece que no son indemnizables los daños que no se pueden evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia en el momento de producirse aquéllos.

Dado que 24 horas antes fue sometida a la extracción abierta del drenaje, la paciente, erróneamente relaciona este hecho con la fuga anastomótica. Como describe el Jefe de Cirugía en su Informe: «(...) durante el segundo acto operatorio de la extracción del drenaje el cirujano cerró el abdomen tras haber comprobado que todo estaba en orden, incluido el buen estado de la anastomosis».

4. Por su parte, la dehiscencia de la anastomosis que padeció la interesada se puede presentar entre un 5-10%. Es uno de los riesgos graves que se afronta en estas operaciones y se recogen perfectamente en el consentimiento informado. Las anastomosis suelen fugar entre el día 5º y el 10º del postoperatorio. En este caso, la comenzó a padecer con síntomas de dehiscencia al séptimo día del primer postoperatorio, es decir, dentro del periodo habitual de presentación de la fuga.

Sobre esta cuestión debemos señalar que el consentimiento exigido por la jurisprudencia (por todas, STS 23 octubre de 2007) consiste en informar al paciente del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento cabe normalmente esperar, y de los riesgos que el mismo, especialmente si este es quirúrgico, puedan derivarse.

Respecto de los daños iatrogénicos de un tratamiento médico o derivados de la plasmación de sus riesgos conocidos, hemos señalado en distintas ocasiones (ver por todos el DCC 277/2017) que:

«(...) 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 a ella, consentimiento previo que el paciente ha de prestar 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.

(...)

El consentimiento informado (arts. 8 y 10 de la citada Ley 41/1002) constituye uno de los títulos jurídicos, que obliga al paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. El paciente, en cuanto 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, aún alcanzado el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, la lesión por la que se reclama no tiene el carácter de antijurídica y, por ende, no es indemnizable según el art. 141.1 LRJAP y PAC».

5. En su Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expone sintéticamente su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«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 la 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)».

A su vez, la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 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 tal jurisprudencia, este Consejo ha señalado reiteradamente que 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 sólo 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 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.

Del contenido en el expediente se evidencia que se pusieron al servicio de la interesada todas las pruebas diagnósticas necesarias, como los medios asistenciales y el tratamiento debidos para solventar la dehiscencia anatómica o fuga intestinal, hecho ya contemplado como posible entre los riesgos de una anastomosis intestinal y que constan en el consentimiento informado, firmado por la paciente antes de la cirugía.

De esa misma documentación se constata que no es posible establecer una relación causa efecto entre un hecho (drenaje retenido) y el otro hecho (dehiscencia

anastomosis). La dehiscencia de la anastomosis se pudo haber producido independientemente de que el drenaje estuviera o no retenido o de que hubiera sido reintervenida o no para su retirada; si el supuesto daño no es consecuencia de la asistencia recibida nos encontramos con inexistencia de un requisito esencial (relación de causalidad) sin el cual no es posible el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la administración.

En suma, en la atención sanitaria recibida por la reclamante no se ha acreditado lo más mínimo la vulneración de la *lex artis*, por lo que se ha de concluir con que la desestimación de la pretensión resarcitoria es ajustada a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la pretensión de la reclamante se ajusta a Derecho.