



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 4 de octubre de 2018.

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 (...), (...) y (...), por daños ocasionados por el fallecimiento de su hermana (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 371/2018 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 (SCS), iniciado el 2 de mayo de 2017 a instancia de (...) -reclamación a la que con posterioridad se adhieren sus hermanos (...) y (...)-, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hermana (...) en dependencias del SCS.

2. La reclamante solicita por los daños morales sufridos una indemnización de 67.700 euros, cantidad que determina 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 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), normativa esta última aplicable porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma.

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (art. 21.2 LPACAP), sin embargo aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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.

No obstante, el órgano competente para instruir y proponer la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial que se deriven de su ámbito de actuación es la Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de la Salud, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La interesada reclama por los siguientes hechos:

1.- En febrero de 2016 (...) es diagnosticada de melanoma coroideo.

2.- A consecuencia del importante alcance del tumor, es ingresada en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias (HUC) el 8 de abril de 2016. La evolución es desfavorable, demorándose más de diez días, desde el ingreso, en la detección de la metástasis que se había producido, la cual se detecta el 19 de abril de 2016.

3.- La evolución desfavorable de la paciente llevó a los facultativos a administrarle a la paciente morfina, sin solicitar ni obtener consentimiento de ella ni de sus familiares.

4.- Dado el mal pronóstico de la paciente, una de las enfermeras, por decisión propia o siguiendo las indicaciones del facultativo, le suministró una sustancia que provocó su muerte el 3 de mayo de 2016.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP) relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

1.- El 25 de febrero de 2016 la paciente acude al Servicio de Urgencias del HUNSDC donde se le valora, pero sabido que ya estaba siendo asistida por el Servicio Oftalmología del HUC se le cursa Alta para proseguir estudio en el HUC.

2.- El día 3 de marzo de 2016 la paciente fue valorada en el Servicio de Oncología del HUC por sospecha de melanoma corioideo ojo derecho. Se le habían practicado pruebas complementarias: Resonancia magnética nuclear de órbita, Radiografía de Tórax. Rx de abdomen. Ecografía abdominal y analítica general el 23 de febrero de 2016 por el Servicio de Oftalmología del HUC.

3.- El 28 de marzo de 2016 fueron valoradas las pruebas y se concluyó que la lesión hallada era compatible con Melanoma corioideo, sin signos de enfermedad a distancia.

4.- El día 11 de abril de 2016 el Servicio de Oftalmología remite a la paciente al Servicio de Reumatología por presentar dolor difuso, deterioro del estado general. Se le realizó Gammagrafía ósea (18-04-2016) que mostró imágenes compatibles con metástasis óseas múltiples.

5.- El día 19 de abril de 2016, se le efectuó una Tomografía con contraste (TAC) de cuerpo completo que mostró una masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo y nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de metástasis.

6.- El día 21 de abril de 2016, se le realizó una Biopsia cuyo resultado anatomopatológico (26-04-2016) fue: afectación tisular por Adenocarcinoma de probable origen pulmonar.

7.- La paciente fue trasladada a la planta 10 del Servicio de Oncología Médica del HUC, realizándole únicamente control paliativo de síntomas hasta su fallecimiento por parada cardio-respiratoria el 3 de mayo de 2016.

3. El SIP realiza las siguientes consideraciones:

1.- La Médica Oncóloga atendió a la paciente y parte del siguiente comentario habido y contenido en la historia:

«Hablo con la hermana de la paciente acerca de enfermedad grave, diseminada, sin posibilidades terapéuticas curativas (me pregunta por posibilidad de trasplante renal para poder hacer tratamientos). Le explico que si el dolor que tenía cuando acudía a urgencias era por metástasis es que ya estaba diseminada en aquel momento. También le digo que sería raro que tuviera un tumor de pulmón diseminado y un melanoma coroideo y que es posible que la lesión ocular sea del pulmón también.

Hablo de que falta el diagnóstico patológico para confirmar que no hay opciones terapéuticas, aunque si es un tumor primario de pulmón como parece lo indicado sería tratamiento paliativo.

Mientras esperamos al diagnóstico definitivo le explico que hay que aliviar los síntomas que presenta la paciente. De entrada no desea que se le administre morfina porque teme los efectos secundarios de la misma. Le explico que probablemente será precisa para ajuste analgésico tal y como la veo hoy pero dice que hoy está así por la biopsia. Quedo con la hermana y con la paciente que pida analgesia si precisa. Ajusto analgesia al Tramadol fijo que llevaba, mando el paracetamol también fijo (lo llevaba de forma esporádica) y dejo morfina si tuviera dolor a pesar de lo anterior, de cara a valorar mañana cómo amanece».

2.- Durante su hospitalización a la paciente se le administró cloruro mórfico, para control de su dolor a demanda de la misma. En las pautas de tratamiento, en los sucesivos días, se puede constatar que la paciente tiene un tratamiento analgésico de base al que se añade rescate con cloruro mórfico a petición de la misma cuando el dolor no es soportable, situación que produjo en numerosas ocasiones en el curso de su enfermedad. Este hecho siempre era a petición de la paciente. Sirva de ejemplo el comentario de la enfermera del día 25/04/2016 a las 18:49:36:

Paciente afebril durante el turno.

«Al inicio del turno bastante dolorida (EVA 9) y algo hipertensa. Se le cambia tratamiento para dolor y TA. Pasa la tarde algo más tranquila y con el dolor más controlado. Resto sin incidencias.

(...) 10" Par (Hospitalización)».

3.- Aclarar que el EVA es una escala de valoración subjetiva del dolor por parte del paciente donde cero es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor que el paciente puede imaginar. Una valoración de 9 es un dolor no tolerable que necesita ajuste de analgesia. Además, a partir del 30 de abril de 2016, la paciente precisaba de

analgesia con cloruro mórfico antes del baño por la mañana, por el intenso dolor que le producía la movilización.

4.- Finalmente la paciente falleció el día 3 de mayo de 2016 a las 6 horas y 11 minutos como consecuencia de una parada cardiorrespiratoria secundaria a progresión de su enfermedad tumoral.

5.- La paciente falleció como consecuencia del adenocarcinoma de pulmón diseminado que presentaba -diagnosticado por TAC-. La radiografía de Tórax de febrero de 2016 no mostró -en el momento clínico de su realización- ningún signo de masa tumoral.

El SIP concluye que:

a) A tenor de los síntomas y signos detectados en la paciente en el momento de su asistencia, valoración exploración y pruebas complementarias efectuadas por los servicios asistenciales y en consonancia con todo ello, se decide un diagnóstico y se pauta el tratamiento a seguir. Entendemos que tal decisión fue la acertada, ajustada a la clínica que presentaba y en función de la sintomatología que refería la paciente en el momento de su atención hospitalaria.

b) La lesión coroidea era un melanoma y no fue la causa del fallecimiento, dado que en todo momento fue una lesión de localización exclusivamente en la coroides del ojo derecho. Por tanto, no se sostiene el argumento de retraso en el diagnóstico.

c) A la paciente se le administró tratamiento analgésico para control del dolor siguiendo estrictamente la escala analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud), que incluye morfina si el dolor no se controla con analgésicos menos intensos. En ningún momento se consideró sedar a la paciente dado que con tratamiento analgésico exclusivo se controlaba el dolor.

La administración de morfina con finalidad analgésica no requiere consentimiento por escrito del paciente, sino aceptación verbal del mismo en el momento de aparición del dolor, y esa fue nuestra práctica. En este caso hemos cumplido el mandato de la ley de autonomía del paciente (Ley 21/2002, de 14 de noviembre) donde en su art. 8 recoge:

«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.

El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: 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».

d) Por los Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio del Servicio Canario de la Salud que atendieron al paciente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada debe calificarse de: Correcta. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

e) Estimamos que para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria, fuera parte del daño suscitado y nexo de causa entre éste y la atención médica dispensada, debe existir una infracción que pueda demostrarse, del arte adecuado de actuación en los profesionales médicos denominado: *lex artis*, siendo éste el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos.

La *lex artis ad hoc* (correcto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina) es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*.

De tal modo es esto así, que si no es posible asociar al efecto dañoso, una infracción de la *lex artis*, no cabría estimar la reclamación que se promueve.

La *lex artis* constituye un principio según el cual la labor médica es una obligación de medios y no de resultados, de manera que la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria únicamente cabe considerar que ha surgido, cuando concurre una desviación de los protocolos que rigen la práctica de la medicina.

f) Consideramos que en modo alguno debe deducirse responsabilidad en la Administración Sanitaria por toda actuación de los servicios asistenciales que tenga relación causal con el efecto dañoso suscitado. La responsabilidad sólo derivaría de la inadecuada atención y disposición de medios médico-quirúrgicos.

Así pues, si no está presente esa inadecuada atención y disposición de medios, se entiende que el daño ocurrido no resulta antijurídico y por tanto, aquél, no es imputable a la Administración Sanitaria.

Por otra parte, la mera relación causal si la hubiere, entre la atención médica prestada y el resultado adverso, no generaría per se responsabilidad en la Administración, siempre y cuando se hubiesen dispuesto para la atención de la paciente, de los medios que -de modo razonable-, se precisaran para el diagnóstico.

g) No queda resuelto por parte de la reclamante que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma; y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal -que entendemos que no existe- entre la atención médica prestada y el resultado adverso; toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende. Así, las razones interpuestas en el Escrito de Reclamación, contra las actuaciones de los servicios asistenciales de la Administración Sanitaria, se resienten de la propia imprecisión.

h) No se halla nexo de causalidad necesario para la pretensión reclamada, ni proceder anormal alguno en el decurso del proceso asistencial de: adenocarcinoma de pulmón, melanoma corioideo, metástasis óseas y pulmonares.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada al considerar que no existe relación causal entre el daño reclamado y la actuación sanitaria, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

En particular, dada la inexistencia de daño antijurídico indemnizable.

III

1. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante acerca de la distribución de la carga de la prueba, que es al interesado a quien le corresponde demostrar la veracidad de sus alegaciones en virtud de la normativa general sobre la carga de la prueba prevista en el art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), señalándose al respecto por este Consejo que quien afirma la existencia de unos hechos en los que se basa su posición jurídica en un asunto controvertido debe probar fehacientemente su existencia. No basta, por tanto, con alegar la existencia y características de un hecho; es necesario

acreditarlo; es decir, que corresponde al demandante la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda, y corresponde al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica pretendida por el demandante (Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero, 80/2017, de 15 de marzo, 210/2017, de 4 de julio, 11/2018, de 11 de enero, 100/2018, de 15 de marzo y 299/2018, de 26 de junio, entre otros muchos).

2. Se ha de recordar, con carácter general, que en materia de responsabilidad patrimonial, es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que la misma es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque, como hemos declarado igualmente en reiteradísimas ocasiones es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Ello no obstante, la STS de 17 de abril de 2007 señala que «Sobre la existencia de nexo causal con el funcionamiento del servicio, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, así señala la Sentencia de 14 de octubre de 2003 que: “Como tiene declarado esta Sala y Sección, en Sentencias de 30 de septiembre del corriente, de 13 de septiembre de 2002 y en los reiterados pronunciamientos de este Tribunal Supremo, que la anterior cita como la Sentencia de 5 de junio de 1998, la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquella de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas, convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro Ordenamiento Jurídico. Y, en la Sentencia de 13 de noviembre de 1997, también afirmamos que “Aun cuando la responsabilidad de la Administración ha sido calificada por la Jurisprudencia de esta Sala, como un supuesto de responsabilidad objetiva, no lo es menos que ello no convierte a la Administración en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que, como antes señalamos, es necesario que esos daños sean consecuencia directa e inmediata del funcionamiento normal o anormal de aquélla».

3. Más específicamente, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando (SSTS Sala 3ª, de 25 de abril, 3 y 13 de julio, 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008, o 29 de junio de 2010) «que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente».

Es igualmente constante la jurisprudencia (STS 3 de octubre de 2000, 21 de diciembre de 2001, 10 de mayo de 2005 y 16 de mayo de 2005, entre otras muchas) que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de lo que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible.

En definitiva y como indica la STS de 16 de enero de 2012: «(...) en el ámbito sanitario, su evidencia constituye una obligación de medios. Y, así a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que una actuación correcta y a tiempo conforme a las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Como expresa la Sentencia de esta Sala y Sección de 25 de mayo de 2010, recurso casación 3021/2008, han de ponerse “los medios precisos para la mejor atención”».

IV

1. Entrando en el fondo del asunto, en las pruebas practicadas (RMN, Rx, EC y analítica general) a la paciente el 23 de febrero de 2016 se constata, en la valoración de las mismas tanto el 3 como el 28 de marzo de 2016, que las lesiones eran compatibles con melanoma coroideo en ojo derecho.

Es cuando se remite desde oftalmología a Reumatología, por presentar dolor difuso y deterioro del estado general, cuando a través de una Gammagrafía ósea, realizada el 18 de abril de 2016, se observaron imágenes compatibles con metástasis óseas múltiples, lo que aconsejó realizar el 19 de abril del mismo año una Tomografía

con contraste (TAC) de cuerpo completo, que mostró una masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo y nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de metástasis.

Posteriormente el día 21 de abril de 2016 se le realizó una biopsia cuyo resultado anatomopatológico (26-04-2016) fue: afectación tisular por adenocarcinoma de probable origen pulmonar.

Dicho diagnóstico limitaba las opciones terapéuticas al tratamiento paliativo.

2. Los reclamantes imputan el desenlace final de su familiar a una dilación indebida del diagnóstico, por parte de la Administración Sanitaria, entre la práctica de las pruebas precisas y la obtención de los resultados definitivos del diagnóstico.

De ser así, nos encontraríamos ante una pérdida de oportunidad, en el que el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera; en la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que sería el concepto indemnizable.

Así, la STS de 24 de noviembre de 2.009 (RJ 2009, 8082), recurso de casación 1593/2008, señala:

«La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio (RJ 2005, 9611) y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007 (RJ 2007, 4993), configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis* que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente».

El SIP, en su informe, afirma que la lesión coroidea era un melanoma y no fue la causa del fallecimiento, ya que ese melanoma se localizó en todo momento en el ojo derecho.

El fallecimiento se produjo, sin embargo, por adenocarcinoma de probable origen pulmonar, que no se detectó en las pruebas realizadas el 23 de febrero de 2016, pese a realizarse RMN, Rx y EC. Al presentar dolor difuso y deterioro general, se le realizó el 18 de abril de 2016 Gammagrafía ósea, en la que se observaron imágenes compatibles con metástasis óseas múltiples, lo que aconsejó realizar el 19 de abril del mismo año una Tomografía con contraste (TAC) de cuerpo completo, que mostró una masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo y nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de metástasis.

La paciente fallece el 3 de mayo de 2016.

Esa sucesión temporal de los hechos refuta por sí sola el alegato de dilación en el diagnóstico.

3. Los interesados también achacan el fallecimiento de su familiar a la administración de morfina sin el consentimiento de la paciente.

El SIP informa que en ningún momento se sedó a la paciente, si no que se le pautó tratamiento analgésico para el control del dolor y que la administración de morfina con finalidad analgésica no requiere de consentimiento escrito, sino verbal, y que así se actuó en este caso, por lo que concluye que no hay infracción de la *lex artis*.

En cuanto a este tipo de consentimiento, la recepción de información es un derecho del paciente, establecido en el art. 10.5 de la LGS, que ha de facilitarse, en términos comprensibles, ha de ser «suficiente, esclarecedora, veraz y adecuada a las circunstancias» (SSTS de 3 de octubre de 1997 y de 4 de abril de 2000); o, en otros términos, personalizada.

El art. 8 de 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, dispone que el consentimiento será verbal por regla general, añadiendo que se prestará por escrito en los casos siguientes: 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.

EL uso de morfina para uso analgésico no requería por tanto consentimiento por escrito, ya que es un fármaco autorizado por la OMS para el control del dolor si no se controla con otros analgésicos menos intensos.

Está acreditado en el expediente que la paciente sufría un dolor insoportable (EVA 9) y que demandaba mitigarlo.

De lo anterior se deduce que no existió mala praxis.

4. En consecuencia, se debe concluir con la Propuesta de Resolución que no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria, al no concurrir el requisito de relación de causalidad entre el daño pretendido por el que se reclama y el servicio prestado por la Administración Sanitaria, pues la actuación del personal sanitario se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, es conforme a Derecho.