



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 563/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 14 de diciembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 527/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

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 27 de septiembre de 2016, a instancia de (...), por la asistencia sanitaria recibida del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita una indemnización sin cuantificarla.

La preceptividad del Dictamen viene determinada porque de haberse estimado la reclamación presumiblemente la cantidad hubiera sido superior a seis mil euros, según los arts. 11.1.D, e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

La competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, deriva del art. 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

Resulta aplicable el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

Común (en adelante LRJAP-PAC), porque la reclamación fue presentada antes de la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común (DT 3ª).

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. 13.3 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial), sin embargo, aún expirado éste, 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. 42 LRJAP-PAC).

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, modificada por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

A la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, 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 SCS.

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 reclamación, según expone el solicitante en su escrito inicial, se basa en los siguientes hechos:

Que con fecha 14 de diciembre de 2015 acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de San José aquejado de los siguientes síntomas: náuseas, diarrea con sangre y malestar abdominal de tres días de evolución, vómitos y diarrea con sangrado, donde es diagnosticado de gastroenteritis aguda con sangrado siendo derivado al Servicio de Urgencias del complejo hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y tras serle practicada una analítica y reiterando el diagnóstico es medicado, dado de alta y derivado su control al médico de cabecera.

Prosigue relatando que acudió el 23 de diciembre de 2015 a su centro de salud siendo nuevamente remitido al Servicio de Urgencias del citado hospital Insular donde es diagnosticado de diarrea, gastroenteritis aguda infecciosa no diagnosticada y nuevamente dado de alta, remitiendo nuevamente al médico de cabecera.

Señala que el 28 de diciembre es remitido de nuevo al hospital donde tras la exploración y analítica y electrocardiograma es diagnosticado de presíncope colitis infecciosa en evolución es dado nuevamente de alta, con continuidad en el tratamiento y control por parte del médico de cabecera.

Que persistiendo los síntomas el 5 de enero acude al Servicio de urgencias del Hospital (...) donde confirman el diagnóstico de diarrea infecciosa aguda, recomendando realizar coprocultivo.

Ese mismo día acude al servicio de urgencias del citado complejo hospitalario universitario siendo ingresado y haciendo constar como diagnóstico probable EII con afectación pancólica pendiente de estudio histológico, siendo dado de alta por mejoría el 21 de enero de 2016 con seguimiento ambulatorio.

Acude nuevamente al repetido servicio de urgencias el 30 de enero, el 1 y 4 de febrero de 2016 fecha en la que sufriendo un desvanecimiento y una parada cardiorrespiratoria es ingresado hasta el 18 de abril. La consecuencia, señala el reclamante, de este largo calvario, es que finalmente fue operado, extirpándose parte del intestino fruto de una colitis ulcerosa.

2. Consta en la tramitación del expediente:

- Requerimiento al interesado con objeto de que mejorase su reclamación inicial, y aportó la pertinente documentación, de fecha 29 de septiembre de 2016 lo cual se cumplimentó con fecha 5 de octubre.

No ha cuantificado la indemnización que solicita.

- Admisión a trámite mediante Resolución de 26 de octubre de 2016, de la Secretaría General del SCS.

- Solicitud de informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS, para que a la vista de la Historia Clínica y del que provenga del servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, se valorase la existencia o no de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada al reclamante y los daños y perjuicios por los que reclama, con fecha 27 de octubre. Dicho informe fue emitido con fecha 5 de marzo de 2018.

- Acuerdo Probatorio dictado el 6 de junio de 2018 y Trámite de Audiencia al reclamante de igual fecha.

- Escrito del interesado solicitando copias de documentos del expediente, así como ampliación de plazo por 10 días, con fecha 21 de junio de 2016.

- Comparecencia del interesado para retirar copias con fecha 22 de junio, y concesión a partir de ese día de 10 días para formular alegaciones, que no realiza.

- Informe favorable de la Propuesta de Resolución desestimatoria de las pretensiones del reclamante por el Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias de fecha 8 de octubre de 2018.

- Propuesta de Resolución del Secretario General del SCS, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), de fecha 24 de octubre de 2018.

3. Respecto de la asistencia sanitaria prestada se constatan los siguientes hechos reflejo de la historia clínica del paciente y detallados en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones.

«1.- Con fecha 14 de diciembre de 2015 el médico de atención primaria del Centro de Salud de San José atiende al paciente (...) por náuseas, diarreas con sangre en número de 4-5 al día, y malestar general, no dolor abdominal, cuadro de tres días de evolución y remite al paciente al Servicio de Urgencias Hospitalario del CHUIMI.

En dicho Servicio de Urgencias determinan cuadro compatible con gastroenteritis aguda, dándose el alta a domicilio con tratamiento médico, Primperan y Buscapina.

Analítica de heces, coprocultivo normal, solicitado por médico de cabecera.

El 22 de diciembre escribe el médico de cabecera: en "exploración el abdomen blando y depresible, persisten las diarreas".

El 23 de diciembre ante la persistencia del cuadro remiten de nuevo a Urgencias del Hospital Insular, es valorado en dicho Servicio y se solicita analítica, radiografía de abdomen. La radiografía es valorada como normal, se recogen muestras para hemocultivos, pautan tratamiento antibiótico con diagnóstico de gastroenteritis infecciosa, tras lo cual remiten a control médico de cabecera.

El 28 de diciembre el médico de cabecera remite al Servicio de Urgencias Hospitalario, con cuadro de presíncope y sospecha de gastroenteritis infecciosa, con mas de 5 deposiciones al día, en el mismo exploran y solicitan analítica, tras lo cual se produce mejoría sintomática y cursan alta a domicilio, control por médico de cabecera, Tratamiento médico, seguir con tratamiento, con Metronidazol y Ciprofloxacino 500. Diagnóstico de colitis infecciosa y síncope.

El 29 de diciembre el médico de cabecera solicita control por digestivo. Presencia de sangre en heces discontinua, en menor cuantía y heces asemilladas. Le dan cita para el 25 de enero de 2016.

2.- El 5 de enero de 2016, el paciente acude al Servicio de Urgencia Hospitalaria, persistiendo la sintomatología, fiebre, heces sanguinolentas y dolor abdominal, anotan que inició el cuadro de colitis tras la toma de dos antibióticos y no recuerda cuales, se realizan pruebas y exploraciones, toman muestras para coprocultivo.

Se explora un abdomen normal y una exploración general normal, presencia de fiebre y diarreas, dolor abdominal, leucocitosis y elevación de marcadores inflamatorios con neutrofilia. Diagnóstico de colitis en estudio, instauran tratamiento e ingresan urgente en planta de digestivo.

Se realiza ecografía de abdomen el 7 de enero, y se orienta a pancolitis de probable etología inflamatoria, resto estudio normal, se observa engrosamiento homogéneo circunferencial de la totalidad del colon explorado, compatible con brote de colitis., no se identifican colecciones ni líquido libre, los hallazgos eco gráficos orientan a una pan colitis de probable etología inflamatoria.

Colonoscopia el día 8 de enero, se puede realizar hasta sigma por marcada inflamación mucosa a este nivel, con sensación de estenosis inflamatoria a ese nivel, mucosa afectada desde el recto, intensamente eritema tosa con imágenes jabonosas ampollas no se identifican ulceraciones pero si marcada susceptibilidad al roce que provoca sangrado mucoso difuso, se toman muestras para micro biología e histología.

Se realizan otras pruebas diagnósticas, desde analíticas generales, monocultivos, copulativo, y es diagnosticado de probable enfermedad inflamatoria intestinal con afectación pan cólica (del colon generalizada), brote de debut severo, pendiente de estudio histológico.

En el Servicio de Digestivo Hospitalario permanece desde el día 5 de enero al 20 de enero. Evoluciona favorablemente.

Al alta: paciente estable y asintomático con 2-3 deposiciones al día, sin fiebre ni dolor, alta con tratamiento médico pertinente, corticoide y antibiótico entre otros, pendiente de informe definitivo del estudio histológico de las muestras, de las biopsias tomadas en colon durante la colonoscopia.

Cita de nuevo el 28 de enero de 2016 en el Servicio de Digestivo, en consulta, con seguimiento de dicho Servicio, en la consulta monográfica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, "se optimiza el tratamiento y se añade Mesalina oral", se observa que el paciente evoluciona favorablemente. Se cita de nuevo en 15 días.

El paciente, refiere en informe la Jefa del Servicio de Digestivo (...) estuvo en dos ocasiones posteriores en el Servicio de Urgencias sin avisar al Servicio de Digestivo, de Urgencias se le remitió a Digestivo en Consultas Externas.

Así el día 30 de enero acudió al Servicio de Urgencias, por rectorragia leve, estudian y realizan analítica, remiten a Consultas Externas de Digestivo.

El 1 de febrero acude de nuevo a Urgencias con febrícula, igualmente realizan analítica, y acudir seguimiento Servicio de Digestivo.

3.- El 4 de febrero de 2016 día que tiene cita en Consultas Externas de Digestivo, no acude a esta, ya que primero va al Servicio de Urgencias Hospitalario con un cuadro de síncope, anemia y rectorragia activa, se diagnostica cuadro hipotensor, inestabilidad termodinámica.

Valorado en Urgencias por los Servicios de Cirugía General y Digestiva. Se decide ingreso hospitalario en Digestivo. Evolución posterior complicada.

Tras las exploraciones correspondientes y pruebas realizadas se diagnostica una anemia severa y se transfunden derivados, con reposición clorhídrica. Tratamiento médico pertinente por el Servicio de Digestivo.

Inicialmente es tratado de forma conservadora [transfusión de derivados (...)] y entre otras medicaciones, corticoides (...) se trata con fármacos biológicos, se valora el tratamiento con inmunoterapia, el Inflimax.

El paciente sigue por tanto las normas terapéuticas actuales para este tipo de enfermedades intestinales.

El 12 de febrero se realiza de nuevo biopsia tras endoscopia de intestino grueso y se encuentra: mucosa explorada de tipo inflamatoria, abundante sangre fresca y coágulos.

Se opta por tanto, en principio por dar una oportunidad al tratamiento médico pero no se observa respuesta, lo cual en casos como el del paciente es lo correcto, un paciente joven sin clínica previa en el tiempo, que evoluciona rápidamente.

Se intenta tratamiento conservador y si no responde evoluciona a tratamiento quirúrgico, que a su vez es el que se realiza clásicamente en estos casos graves, la extirpación total del colon.

Así, el día 14 de febrero de 2016 nueva inestabilidad hemodinámica, se realiza colonoscopia urgente en quirófano, diagnóstico de hemorragia digestiva baja masiva en contexto de rectocolitis ulcerosa, requiere intervención quirúrgica urgente en el momento del diagnóstico, para control del sangrado, realizándose colectomía total, con preservación del recto.

La cirugía es efectuada con la conformidad de la familia y el paciente dado fracaso del tratamiento conservador, y que previamente se había comentado con estos las posibilidades de tratamiento.

Después de la intervención ingresa en la Unidad de Reanimación hasta el día 15 en que se da alta en dicho Servicio, sigue ingresado posteriormente en el Servicio de Cirugía General y Digestiva.

El 22 de febrero sufre empeoramiento clínico y analítico, ingresa en Servicio de Reanimación. Clínica de abdomen agudo, peritonitis purulenta.

Requiere reintervención quirúrgica urgente, laparotomía exploradora, en la cual "se objetiva peritonitis purulenta generalizada sin evidenciarse perforación ni torsión intestinal", se realizan drenaje y lavados.

Queda posteriormente con insuficiencia respiratoria al sufrir una bronco aspiración durante la inducción anestésica.

Mejoría paulatina desde el punto de vista hemodinámica, pero evolución tórpida desde el punto de vista respiratorio, el 25 de febrero sufre un neumotórax espontáneo derecho.

Ingresa en REA con diagnóstico de hockeys séptico de origen abdominal asociado a SDRA (SDr. de Distress Respiratorio Agudo) grave con broncoaspiración añadida. Con neumomediastino y enfisema subcutáneo.

"Desde el 24 de febrero al 14 de marzo necesitó aislamiento de contacto por aislamiento de SARM (bacteria) en liquido abdominal".

Según informe del Servicio de Anestesia y Reanimación: "a pesar del tratamiento antibiótico correcto el paciente continuaba con febrícula y leucocitosis mantenida por lo que se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico de control".

Tras el TAC del 29 de febrero, se descarta patología infecciosa intestinal.

El 2 de marzo de 2016 se realiza "traqueostomía cutánea por intubación orotraqueal prolongada y destete dificultoso de la ventilación mecánica" quedando autónomo desde el 15 de marzo.

El 3 de marzo nuevo TAC abdomino-pélvico con contraste, mejoría desde el punto de vista radiológico. Durante el ingreso presenta dos episodios de hemorragia digestiva alta autolimitadas.

Tras mejoría clínica paulatina, el juicio clínico es de: SDRA grave, SDr. de Medelson, Colitis Ulcerosa, malnutrición y anemia crónica, el Servicio de Anestesia y Reanimación el 21 de marzo de 2016 recomienda al alta: oxigenoterapia por mascarilla traqueal, continuar con fisioterapia respiratoria y motora, mas tratamiento médico pautado. Pasa a planta.

Sufre PCR (parada cardiorrespiratoria) probablemente secundaria a exceso de secreciones, el 22 de marzo, y reingresa en REA.

El alta del Servicio de Reanimación tiene lugar el 23 de marzo de 2016, ingresa en planta de cirugía con aislamiento de contacto por Estafilococos Aureus Meticilin Resistente.

El paciente sigue ingresado en planta de Cirugía General y Digestiva, en este periodo hasta el 18 de abril de 2016 fecha de alta hospitalaria el paciente mejora, con mejoría del peso, sin traqueotomía al efectuarse el alta.

Al alta, el diagnóstico principal es la hemorragia digestiva baja, y se añade la colitis ulcerosa y neumotórax residual. Tratamiento médico y rehabilitador pautado. Los controles son sucesivos y constatan la mejoría del paciente.

4.- Sigue en control con Rehabilitación y Cirugía Torácica, con citas sucesivas de revisión y seguimiento por Cirugía General y Digestiva.

La rehabilitación comienza el 21 de abril de 2016, por encamamiento presenta amiotrofia de EEII.

El 27 de junio dan el alta de Rehabilitación por mejoría de la sintomatología, sube y baja escaleras, marcha sin asistencia, equilibrio y coordinación para la marcha.

La radiografía de control del tórax, realizada el 9 de agosto de 2016 es normal, no se identifican lesiones, sin hallazgos de significado patológico.

El 18 de noviembre de 2016, en informe del Servicio de Cirugía Digestiva el paciente presentaba mejor estado general, mejoría de la fuerza muscular, alta en el servicio de rehabilitación. Ileostomía (anastomosis quirúrgica) funcionando de buen aspecto.

Pendiente de cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal».

Tras concluir que se ha actuado correctamente, el informe del SIP señala, además, que «las decisiones en estos escenarios clínico pueden ser muy difíciles, y deben resultar de la interacción fluida entre el equipo médico quirúrgico, los familiares o personas vinculadas y, fundamentalmente, un paciente bien informado». Así como "(...) en este tipo de decisión es muy importante la oposición del paciente bien asesorado, con la colaboración de los familiares y personas vinculadas".

“(…) Entre las conclusiones que no observamos que el trato efectuado al paciente sea inapropiado o lesivo. Se trata, se realizan pruebas diagnósticas, se repiten analíticas en todo momento el paciente fue atendido llegando a unas conclusiones diagnósticas acorde al cuadro clínico” “(…) Tanto en la forma en que se inició como de evolución, diagnóstico y tratamiento se corresponde con los datos que aporta la literatura científica actual. No se encuentran alteraciones en la praxis médica habitual en estos casos.

Lo que acontece en la historia clínica del reclamante es fruto de la misma enfermedad, no en como trataron al paciente en todos y cada uno de los pasos del cuadro clínico, de una enfermedad la Colitis Ulcerosa, difícil de diagnosticar y difícil de tratar, pero que dentro de dicha dificultad se realizaron los pasos médicos de diagnosis, tratamiento y empleo de medios necesarios sin menoscabo de la praxis médica adecuada y exigible».

Consta igualmente informe del Jefe de Sección de Urgencias de HUIGC, de 4 de enero de 2017 que refleja que las atenciones realizadas en el SU se corresponden con los estándares de calidad y práctica habitual para este tipo de situaciones.

Figura, además, informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del CHUIMI de 10 de enero de 2017 e informe de la Jefa de Servicio de Aparato Digestivo del HUIGC de 22 de febrero de 2017, a tenor del cual se comenta todas las opciones terapéuticas según consta en curso clínico tanto con el paciente como con la familia, y con el Servicio de Cirugía General y Digestiva así como que «en el caso que nos ocupa la actuación del Servicio de Digestivo ha sido oportuna y adecuada, siguiendo *lex artis*».

4. Resulta relevante destacar que en las páginas 305 y ss. del expediente administrativo constan consentimientos informados firmados por el reclamante de las distintas pruebas e intervenciones a las que fue sometido.

III

1. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Una nutrida jurisprudencia (reiterada en las SSTS -3ª- 29 de enero, 10 de febrero y 9 de marzo de 1998) ha definido los requisitos de éxito de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración en torno a las siguientes proposiciones:

«A) La acreditación de la realidad del resultado dañoso –“en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”-;

B) La antijuridicidad de la lesión producida por no concurrir en la persona afectada el deber jurídico de soportar el perjuicio patrimonial producido. La antijuridicidad opera como presupuesto de la imputación del daño.

El criterio se recoge, por todas, en la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000, al interpretar que:

"El título de atribución concurre, así, cuando se aprecia que el sujeto perjudicado no tenía el deber jurídico de soportar el daño [hoy la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común plasma normativamente este requisito al establecer en su artículo 141.1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (...)]. Así puede ocurrir, entre otros supuestos, cuando se aprecia que la actividad administrativa genera un riesgo o un sacrificio especial para una persona o un grupo de personas cuyas consecuencias dañosas no deben ser soportadas por los perjudicados, o cuando del ordenamiento se infiere la existencia de un mandato que impone la asunción de las consecuencias perjudiciales o negativas de la actividad realizada por parte de quien la lleva a cabo." .

C) La imputabilidad a la Administración demandada de la actividad causante del daño o perjuicio. Lo que supone la existencia de un nexo de causalidad entre la actividad administrativa y el perjuicio padecido.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo tiene declarado, desde la sentencia de 27 de octubre de 1998 (...) (recurso de apelación núm. 7269/1992), que el examen de la relación de causalidad inherente a todo caso de responsabilidad extracontractual debe tomar en consideración que:

a) Entre las diversas concepciones con arreglo a las cuales la causalidad puede concebirse, se imponen aquellas que explican el daño por la concurrencia objetiva de factores cuya inexistencia, en hipótesis, hubiera evitado aquél.

b) No son admisibles, en consecuencia, otras perspectivas tendentes a asociar el nexo de causalidad con el factor eficiente, preponderante, socialmente adecuado o exclusivo para producir el resultado dañoso, puesto que válidas como son en otros terrenos irían en éste en contra del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

c) La consideración de hechos que puedan determinar la ruptura del nexo de causalidad, a su vez, debe reservarse para aquellos que comportan fuerza mayor única circunstancia admitida por la ley con efecto excluyente, a los cuales importa añadir la intencionalidad de la víctima en la producción o el padecimiento del daño, o la gravísima negligencia de ésta, siempre que estas circunstancias hayan sido determinantes de la existencia de la lesión y de la consiguiente obligación de soportarla.

d) Finalmente, el carácter objetivo de la responsabilidad impone que la prueba de la concurrencia de acontecimientos de fuerza mayor o circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficiente para considerar roto el nexo de causalidad corresponda a la Administración, pues no sería objetiva aquella responsabilidad que exigiese demostrar que la Administración que causó el daño procedió con negligencia, ni aquella cuyo reconocimiento estuviera condicionado a probar que quien padeció el perjuicio actuó con prudencia. El Tribunal Supremo en sentencia de fecha 18 de octubre de 2001 la define la *lex artis* como "la técnica, el procedimiento o el saber de una profesión). Este es un criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, que toma en consideración tanto las técnicas habituales, la complejidad y las trascendencia vital de la enfermedad, o la patología así como factores exógenos o endógenos propios de la enfermedad.

D) La salvedad exonerante en los supuestos de fuerza mayor. A este efecto, es doctrina jurisprudencial constante la recogida por la Sala Tercera del Tribunal Supremo en la sentencia de 31 de mayo de 1999, la que establece que fuerza mayor y caso fortuito son unidades jurídicas diferentes:

a) En el caso fortuito hay indeterminación e interioridad; indeterminación porque la causa productora del daño es desconocida (o por decirlo con palabras de la doctrina francesa: "falta de servicio que se ignora"); interioridad, además, del evento en relación con la organización en cuyo seno se produjo el daño, y ello porque está directamente conectado al funcionamiento mismo de la organización. En este sentido, entre otras, la STS de 11 de diciembre de 1974: "evento interno intrínseco, inscrito en el funcionamiento de los servicios públicos, producido por la misma naturaleza, por la misma consistencia de sus elementos, con causa desconocida".

b) En la fuerza mayor, en cambio, hay determinación irresistible y exterioridad; indeterminación absolutamente irresistible, en primer lugar, es decir aún en el supuesto de que hubiera podido ser prevista; exterioridad, en segundo lugar, lo que es tanto como decir que la causa productora de la lesión ha de ser ajena al servicio y al riesgo que le es propio. En este sentido, por ejemplo, la STS de 23 de mayo de 1986: "Aquellos hechos que, aun siendo previsibles, sean, sin embargo, inevitables, insuperables e irresistibles, siempre que la causa que los motive sea extraña e independiente del sujeto obligado". En análogo sentido: STS de 19 de abril de 1997 (apelación 1075/1992).

E) La sujeción del ejercicio del derecho al requisito temporal de que la reclamación se cause antes del transcurso del año desde el hecho motivador de la responsabilidad.

Criterios de distribución de la carga de la prueba. Guarda, también, una evidente importancia la identificación de los criterios de aplicación a estos supuestos de los principios generales de distribución de la carga de la prueba. Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo (...) de Código Civil (LEG 1889, 27) , que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho ("semper necesitas probandi incumbit illi qui agit") así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega ("ei incumbit probatio qui dicit non qui negat") y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios ("notoria non egent probatione") y los hechos negativos ("negativa non sunt probanda"). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986 , 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de setiembre de 1997, 21 de setiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración".

(...)

“El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la *lex artis* y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física. En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la *lex artis*, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la, preparación. y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la *lex artis* se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad. Este límite nos lo proporciona el criterio de la *lex artis*, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico) mientras que en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la *lex artis* se define como *ad hoc*, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a

criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (...) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, «cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cual 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. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (...), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (...), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto"». Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

Así la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse

dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación nº 89/2008) que el hecho de que la responsabilidad sea 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, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

De este modo, cabe destacar la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, que declara:

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

Aplicada la referida jurisprudencia al presente supuesto podemos concluir que el daño alegado por el reclamante no reúne los requisitos exigidos para su consideración como de responsabilidad de la Administración sanitaria, no revistiendo el carácter de antijuridicidad exigido, ya que el tratamiento sanitario dispensado al paciente es adecuado a su patología de acuerdo con la praxis médica, aun cuando fueran necesarias varias actuaciones médicas para conseguir la recuperación del paciente.

2. Constan, como hemos reseñado, además, en el expediente, varios documentos de Consentimiento Informado firmados por el reclamante con anterioridad a la realización de distintas pruebas y cirugías a las que fue sometido, de modo que conoció y aceptó, mediante la firma de los mismos, los procedimientos de aplicación y sus riesgos, de modo que tampoco se podría estimar que pudiera concurrir mala praxis *ad hoc* por falta de consentimiento informado que pudiera dar lugar a responsabilidad patrimonial por los daños que se hubieran causado. Además, se hace constar que se ha comentado todas las opciones terapéuticas según consta en el curso clínico, tanto con el paciente como con la familia-informe de la Jefa de Servicio de Aparato Digestivo del HUIGC emitido a la vista de la documentación obrante en la historia clínica del reclamante.

Sobre el consentimiento informado la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León 136/2017, de 31 de julio, señala:

«Debe también recordarse la doctrina sobre el consentimiento informado, y para ello es válida la cita de la STS Sala 3ª, sec. 4ª, S 7 de abril de 2011, rec. 3483/2009 que recuerda que la falta de consentimiento informado constituye una infracción de la *lex artis ad hoc*, pero que para que la misma sea merecedora de indemnización se precisa que a quien la invoca se le haya producido un daño antijurídico que no esté obligado a soportar. Pero, 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, regula en el artículo 4 lo que denomina el derecho a la información asistencial y expresa en su número 1 que: "los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley" y añade en los números 2 y 3 de ese precepto que: "la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad", y que "el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle". Ese derecho se materializa en lo que se denomina consentimiento informado y del que se ocupa el artículo 8 de la Ley cuando dispone que "1. 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 art. 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. 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".

Es obvio, puesto que así expresamente lo afirma la Ley, que el consentimiento "será verbal por regla general", para añadir a continuación aquellos supuestos en los que esa regla cede ante la necesidad de que el consentimiento sea por escrito cuando se trate 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».

La doctrina jurisprudencial sobre la información médica, en lo que aquí pueda interesar, cabe resumirla en los siguientes apartados: «1. La finalidad de la información es la de proporcionar a quien es titular del derecho a decidir los elementos adecuados para tomar la decisión que considere más conveniente a sus intereses (SS., entre otras, 23 de noviembre de 2.007 (...), núm. 1.197; 4 de diciembre de 2.007 (...), núm. 1.251 ; 18 de junio de 2.008 (...), núm. 618). Es indispensable, y por ello ha de ser objetiva, veraz y completa, para la prestación de un consentimiento libre y voluntario, pues no concurren estos requisitos cuando se desconocen las complicaciones que pueden sobrevivir de la intervención médica que se autoriza; 2. La información tiene distintos grados de exigencia según se trate de actos médicos realizados con carácter curativo o se trate de la medicina denominada satisfactiva (SS. 28 de junio de 2.007, núm. 1.215; 29 de julio de 2.008 (...), núm. 743); revistiendo mayor intensidad en los casos de medicina no estrictamente necesaria (SS., entre otras, 29 de octubre de 2.004; 26 de abril de 2.007 (...), núm. 467; 22 de noviembre de 2.007 (...), núm. 1.194); 3. Cuando se trata de la medicina curativa no es preciso informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que no tienen un carácter típico por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional o no revistan una gravedad extraordinaria (SS. 17 de abril de 2.007; 30 de abril de 2.007; 28 de noviembre de 2.007, núm. 1.215; 29 de julio de 2.008 (...), núm. 743). La Ley de Autonomía del Paciente 41/2.002 (...) señala como información básica (art. 10.1) "los riesgos o consecuencias seguras y relevantes, los riesgos personalizados, los riesgos típicos, los riesgos probables y las contraindicaciones».

La STS de 20 de enero de 2011 puntualizó: «La información que se proporciona al paciente antes de la intervención, y el correlativo consentimiento por parte de este, es un presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica, y se hace especialmente exigente en intervenciones médicas no necesarias, en las que el paciente tiene un mayor margen de libertad para optar por su rechazo habida cuenta la innecesidad o falta de premura de la misma y porque la relatividad de la necesidad podría dar lugar en algunos casos a un silenciamiento de los riesgos excepcionales a fin de evitar una retracción de los pacientes a someterse a la intervención (SSTS 21 de octubre de 2005 (...); 4 de octubre 2006 (...); 29 de junio 2007 (...)). Como tal, la información debe hacerse efectiva con tiempo y dedicación suficiente y obliga tanto al médico responsable del paciente, en este caso el cirujano, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial,

como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su vista elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto (SSTS 15 de noviembre 2006 (RJ 2006, 8059), y las que en ella se citan)».

En este sentido la STS de 1 de junio de 2011 precisó: «Como con reiteración ha declarado esta Sala la información por su propia naturaleza integra un procedimiento gradual y básicamente verbal que es exigible y se presta por el médico responsable del paciente (SSTS 13 de octubre 2009 (...); 27 de septiembre de 2010 (...))».

La STS de 27 de diciembre de 2011 fija la doctrina: «Es hecho probado que hubo información previa del consentimiento de la paciente y si bien se produjo en un documento insuficiente puesto que "no detalla de manera expresa las vicisitudes y circunstancias que acompañan a la intervención requerida que se pretende", tuvo conocimiento cierto y cabal "de las circunstancias, complicaciones posibles, y todo tipo de vicisitudes que acompañan en este caso a una intervención de hernia discal, y que se propuso como solución al problema que la demandante sufría, y ese cabal y cierto conocimiento puede y debe deducirse no solamente del aspecto formal del documento suscrito sino de toda la evolución del tratamiento que se desplegó sobre la hoy demandante (...) sufría una concreta patología desde el año 2003, e incluso antes pues existen referencias a esa posible patología ya en el año 2001, ya diagnosticada como hernia discal y que durante el transcurso del tiempo que va desde tal diagnóstico hasta la intervención en junio del 2004 fue tratada al menos por dos equipos médicos que aplicaron diversas medidas alternativas a su dolencia, y que recomendaron finalmente y por separado, tanto el equipo del Sanatorio (...) como del Hospital codemandado, la intervención quirúrgica. Evolución que necesariamente permite deducir que la paciente fue teniendo conocimiento de todos los aspectos de su dolencia decidiendo finalmente aceptar la intervención propuesta que incluso llegó a plantearse en ambos centros optando finalmente por el Hospital (...). Tales extremos vienen así a confirmar que la paciente fue informada debidamente de su patología, evolución y tratamiento final, pues no cabe entender que durante esos años y que ante dos equipos médicos diferentes la paciente desconociese esas circunstancias y fuese exclusivamente la información de última hora la determinante de su posible deficiente consentimiento". Esta conclusión probatoria es conforme con la jurisprudencia de esta Sala. El consentimiento informado es presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* y como tal forma parte de toda actuación asistencial (SSTS 29 de mayo (...); 23 de julio de 2003 (...); 21 de diciembre 2005 (...); 20 de enero (...) y 13 de mayo 2011 (...), constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica, antes con la Ley 14/1986, de 25 de abril (...), General de Sanidad, y ahora, con más precisión, con la ley 41/2002, de 14 de noviembre (...) de la autonomía del

paciente, en la que se contempla como derecho básico a la dignidad de la persona y autonomía de su voluntad. Es un acto que debe hacerse efectivo con tiempo y dedicación suficiente y que obliga tanto al médico responsable del paciente, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su vista elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto. La información por su propia naturaleza integra un procedimiento gradual y básicamente verbal que es exigible y se presta por el médico responsable del paciente SSTS 13 de octubre 2009; 27 de septiembre de 2010; 1 de junio 2011».

En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 1820/2017, de 9 de mayo, que además, considera suficiente la información verbal, siempre que aparezca acreditada, en un supuesto en que constaba el consentimiento de la primera intervención quirúrgica prestada por escrito, y respecto de la segunda, que la relación entre los padres y el médico encargado era constante y permanente, y que la información y el consentimiento se prestó, apareciendo de las anotaciones en dichas fechas, en la historia clínica del paciente, según recoge la sentencia que se recurre, «familia informada», unido a que la segunda intervención fue consecuencia necesaria de la primera, remitiéndose, por todas, a la Sentencia 29 de junio de 2010.

En el supuesto que analizamos, resultan plenamente aplicables los razonamientos expuestos, confirmando el actuar adecuado, en todo momento, en la atención sanitaria prestada, procurando la atención adecuada con los medios de que se disponía y el estado del paciente, así como mantener informado al paciente con anterioridad a la realización de las pruebas e intervenciones quirúrgicas.

Podemos concluir, por lo expuesto, que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho dado que el daño sufrido por el reclamante no es antijurídico, por ser la enfermedad padecida por el paciente un proceso evolutivo complejo, con diagnóstico y tratamiento adecuado a la literatura científica actual, con la adecuada información al paciente, a través del consentimiento informado que él mismo firmó, resultando acreditado, por otro lado, que la actuación médica ha sido acorde con la *lex artis ad hoc*, al ser la medicina un obligación de medios y no de resultado.

Por lo demás, el reclamante no aporta ningún dictamen médico contradictorio a los que figuran en el expediente, que acredite una actuación médica no conforme a

la *lex artis ad hoc*, debiendo corresponder la prueba de un actuar indebido a quien lo alega, lo que no se ha producido en el supuesto que analizamos.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada es conforme a Derecho por entender que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.