



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 23 de enero de 2019.

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. 598/2018 IDS)\**.

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

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado el 7 de diciembre de 2018, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 13 de diciembre de 2018) por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita por los daños sufridos una indemnización de 1.000.000 de 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).

3. Resultan aplicables la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

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

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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.

## II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), el cual reclama en su propio nombre, al haber sufrido daños personales (paresia de los tres primeros dedos de la mano izquierda como complicación del procedimiento intraarterial con daño a nivel de la arteria axilar izquierda), (art. 4 LPACAP).

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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 y 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.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se presentó el 24 de octubre de 2017, habiéndose producido el alta de rehabilitación sin mejoría, que estabiliza y permite determinar el alcance de las secuelas, el 25 de julio de 2017 (art. 67 LPACAP).

## III

El interesado presenta reclamación el 24-10-2017 en la que expone los siguientes hechos:

«Paresia de los tres primeros dedos mano izquierda como complicación de procedimiento intraarterial con daño a nivel de la arteria axilar izquierda».

El 10 de octubre de 2017 su hija completa la reclamación en los siguientes términos:

«Mi padre fue operado de una colocación de implante de endoprótesis de Aorta fenestrada. Después de la operación se apreciaba falta de movilidad en tres dedos, junto con un pequeño hematoma que se fue haciendo más grande. Al paso de los días dicho hematoma desapareció, pero la movilidad seguía igual. Fue ingresado el 15/09/16. A la fecha de hoy sigue sin movilidad en los tres dedos, ocasionado perjuicio para su salud, y su vida diaria. Tuvo que dejar de conducir al no poder sujetar el volante del coche. No puede asearse con normalidad, ni limpiarse la urostomía producida por una operación de cistoprotatectomía radical con sonda vesical. A cada momento tiene que ser ingresado porque al no poder limpiarse correctamente y sujetar la bolsa con las dos manos la sonda se le sale de su sitio (...), y todo lo que esto conlleva. Exijo una indemnización para mi padre, porque su calidad de vida se ha visto mermada a raíz de la lesión ocasionada en su mano izquierda.

Presento informes donde se detalla dicha lesión (...).

## IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 de la LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

2.1. Tanto de la reclamación inicial como del posterior escrito de mejora y subsanación, se desprenden, entre otros, los siguientes hechos:

- Con fecha 9 de septiembre de 2016 es intervenido en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), para la colocación de endoprótesis de aorta infrarrenal.

- Tras la intervención se observa falta de movilidad en tres dedos de la mano izquierda, junto con un pequeño hematoma, que se fue haciendo más grande con el paso de los días. Este hematoma desapareció, pero la movilidad seguía igual.

- Fue ingresado el 15 de septiembre de 2016. A la fecha de hoy sigue sin movilidad en los tres dedos, ocasionando un perjuicio para su salud. Tuvo que dejar

de conducir al no poder sujetar el volante del coche. No puede asearse con normalidad, ni limpiarse la urostomía que lleva por una operación de Cistoprostatectomía radical con sonda vesical.

- A cada momento tiene que ser ingresado porque, al no poder manipularla correctamente, la sonda se le sale de su sitio, con los problemas que eso conlleva.

El objeto de la reclamación es la lesión ocasionada en su mano izquierda y que consiste en pérdida de movilidad como consecuencia de la colocación de una endoprótesis aórtica

Cuantifica la indemnización en 1.000.000 de euros.

2.2. Con fecha 7 de noviembre de 2017 se requiere al interesado a fin de que mejore/subsane su escrito de reclamación inicial y con fecha 10 del mismo mes y año, aporta la documentación solicitada.

2.3. Por Resolución de 14 de noviembre de 2017 del Secretario General del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del afectado.

2.4. A la vista de lo anterior, el Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe de 4 de junio de 2018 en el que relaciona la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- Entre sus antecedentes personales, presenta tumor maligno de las vías urinarias. En AngioTAC realizado por este motivo, se le detecta de forma incidental un aneurisma que se inicia justo en el origen de las arterias renales, de 69 x 64 mm de diámetro mayor y que abarca toda la aorta abdominal hasta la bifurcación iliaca.

- Es valorado por primera vez en consulta de Cirugía Vasculor el 19 de octubre de 2015 (folio n.º 65). En sesión clínica se decide que dada la presencia de neoplasia con indicación de cirugía sucia, se considera indicado realizar la cirugía urológica y valorar de nuevo el tratamiento del aneurisma arterial aórtico. Esta decisión se explica al paciente y a la familia, quienes entienden y aceptan.

- Tras la cirugía urológica, y nueva valoración en sesión clínica se decide reparación endovascular del aneurisma mediante implantación de endoprótesis fenestrada en aorta.

- Con fecha 4 de julio de 2016 firma el Documento de Consentimiento Informado (DCI) y se incluye en lista de espera quirúrgica.

- El día 9 de septiembre de 2016 es intervenido para colocación de endoprótesis. Tras la cirugía pasa a Reanimación. A las 19:30 es valorado por el médico de guardia por hematoma en brazo izquierdo. El pulso humeral es positivo. Se aplica tratamiento y se indica vigilar evolución.

A las 5:48 h queda constancia en la historia clínica de que el hematoma no ha aumentado. No refiere dolor y no presenta fiebre. Constantes dentro de la normalidad.

- El día 11 de septiembre de 2016, ya en planta, se venda el brazo izquierdo que continúa edematizado. Pulsos presentes.

- El hematoma evoluciona bien aunque se aprecia una leve disminución de fuerza en la mano y de sensibilidad en 1º, 2º y 3er dedos de la misma mano. Alta el día 15 de septiembre de 2016 con las indicaciones correspondientes (folios n.º 95-99).

- Es valorado por Rehabilitación con fecha 29 de noviembre de 2016, remitido por Cirugía Vasculat, por hematoma postquirúrgico tras abordaje de la arteria humeral para endoprótesis aórtica, y debilidad en 1º y 2º dedos de la mano izquierda con limitación de la movilidad activa.

A la exploración presenta discreta atrofia de musculatura tenar e interósea dorsal de primeros dedos. Limitación de la flexión activa de 1º y 2º interfalanges proximal y distal. Menos limitación de la musculatura lumbrical (paresia). Realiza flexión activa no completa de articulación metacarpofalángica del 2º dedo. No refiere alteraciones de la sensibilidad. Resto de la musculatura de la mano, antebrazo y brazo sin déficit muscular analítico.

Juicio diagnóstico: Lesión del nervio mediano. Se indican movilizaciones pasivas: flexión del 2º dedo de forma activa en domicilio y se solicita Electromiografía (EMG) para descartar lesión nerviosa.

- Con fecha 27 de febrero de 2017 acude a consulta de Rehabilitación para resultado de EMG: Neuropatía del nervio mediano izquierdo, de intensidad severa, con pérdida de volumen axonal muy importante a lo largo del trayecto del nervio y de evolución crónica, sin signos de actividad denervativa aguda. Neuropatía radia izquierda de intensidad severa, con afectación sólo de la rama motora y de evolución crónica, sin signos de actividad denervativa (folios n.º 66 y 67).

Se indica terapia ocupacional urgente y fisioterapia urgente mediante cinesiterapia.

- Con fecha 7 de marzo de 2017 es examinado en consulta de Neurología en donde se describe: atrofia muscular tenar e interósea dorsal de primeros dedos de la mano izquierda. Limitación de la flexión activa de 1º y 2º dedos, menos limitación de la musculatura. Dificultad para realizar pinza digital. Flexión activa incompleta de Metacarpofalange de 2º dedo. No refiere alteraciones de la sensibilidad.

Bajo los diagnósticos de neuropatía del mediano y radial severa versus plexopatía compresiva tras cirugía, se le indica continuar con rehabilitación y ampliar estudio neurofisiológico.

- En consulta evolutiva de 25 de julio de 2017 refiere estar de alta de rehabilitación pero no ha notado mejoría. El estudio neurofisiológico efectuado en el mes de junio muestra neuropatía severa del nervio mediano, con discretos signos de denervación aguda, y neuropatía leve en nervio radial. Se observan datos de polineuropatía sensitivo-motora, de carácter mixto en MMSS y MMII.

Dada la mejoría objetiva en el estudio neurofisiológico a nivel radial, se decide continuar con el mismo tratamiento.

- Con fecha 6 de noviembre de 2017 refiere encontrarse mejor, aunque no ha recuperado por completo la fuerza de la mano izquierda. Exploración similar a las previas.

Diagnóstico: neuropatía mediano severa y radial leve postcirugía.

El SIP, tras analizar la historia clínica y los informes preceptivos, estima que la actuación sanitaria se ajustó a la buena práctica médica.

2.5. Con fecha 14 de junio de 2018 se notifican al interesado Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia.

Transcurrido el plazo conferido, no se aporta escrito de alegaciones.

2.6. No se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, lo cual se justifica en la Propuesta de Resolución, en que se trata de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico «(...) no por ello la práctica de la primera intervención fue defectuosa o contraria a la *lex artis*, lo que por ende no se evidencia del expediente. (...) así pues la parte actora fue expresamente informada de la técnica a realizar y la posibilidad de no obtener un resultado esperado (...)» (informe de los Servicios Jurídicos, de 18 de octubre de 2016 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial nº 31/14).

En el mismo sentido, «obra en el expediente administrativo el documento de consentimiento informado para la referida intervención, en el que expresamente consta información sobre el hecho de que la intervención quirúrgica, tiene como riesgo y/complicación la necesidad de tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgico» (informe de los Servicios Jurídicos, de 31 de mayo de 2017 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial nº 43/15).

2.7. La Propuesta de Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial es de fecha 15 de noviembre de 2018.

## V

1. Como ya se ha adelantado, la Propuesta de Resolución, con base en los distintos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, en concreto, al entender que tanto la intervención como la técnica elegidas estaban indicadas y fueron correctas, así como que las complicaciones derivadas de esta intervención fueron informadas al paciente y constaban en el documento de consentimiento informado (DCI).

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 534/2018, de 27 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible

disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. También, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), según el art. 139.1 LRJAP-PAC -hoy art. 32.1 LRJSP-, 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, tal como establece 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. 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 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).



4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta únicamente en las complicaciones y secuelas de la intervención quirúrgica, que han tenido como consecuencia la pérdida de movilidad de tres dedos de la mano izquierda como consecuencia de la citada intervención de colocación de una endoprótesis aórtica. Nada se achaca a la realización de la intervención ni a la técnica elegida, ni tampoco se dice que de tales posibles complicaciones el paciente fue debidamente informado.

Por el contrario, el informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar señala que el paciente padecía un aneurisma de aorta abdominal con indicación quirúrgica, ya que medía más de 55 mm de diámetro mayor (69 mm el del paciente), concluyendo, después de detallar los antecedentes del paciente, la técnica empleada y las complicaciones posteriores a la intervención, lo siguiente:

«Estamos ante un paciente añoso, con antecedentes personales relacionados con enfermedades graves (cardiopatía, tumores malignos, etc.), tratados en este Hospital y con un problema vascular grave, con alta mortalidad llevado a su evolución natural (rotura); en el que se eligió el procedimiento más adecuado a su caso, dando información completa tanto oral como escrita al paciente y donde él mismo conocía las consecuencias que podía tener dicho tratamiento como así consta en el consentimiento informado. Esos síntomas que refiere el paciente están contemplados en el tratamiento mediante endoprótesis de aneurismas de aorta abdominal y se justifican como consecuencia del tratamiento de un caso de fuerza mayor.

Se adjunta copia del consentimiento informado firmado por el paciente».

5. Como hemos manifestado en múltiples ocasiones (ver por todos el Dictamen 271/2018, de 15 de junio) es preciso tener en cuenta en este sentido que la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición de los pacientes los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquéllos reciban cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

A este respecto, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de carácter básico, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, enuncia en su art. 2, entre sus principios

básicos, la exigencia, con carácter general, del previo y preceptivo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, que debe obtenerse después del que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley (apartado 2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3 del mismo precepto), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la Ley (apartado 4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el art. 8 prevé que «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso», y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito.

El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

Por ello, la jurisprudencia de manera constante ha venido sosteniendo que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye una infracción de la *lex artis* que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan, como expresamente reconocen las SSTS de 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo, 4 de octubre de 2011, 30 de abril de 2013 y 26 de mayo de 2015, entre otras.

6. En el presente caso, consta, como ya se ha indicado, el DCI de la intervención quirúrgica que fue suscrito por el interesado (que consta de 5 páginas), siendo debidamente informado de los posibles efectos indeseables de la intervención para endoprótesis de aneurismas de aorta abdominal, implantes que se fabrican a medida del paciente y sólo están indicadas en pacientes como el que nos ocupa (con sus antecedentes), dada su alta complejidad y su alto coste, tal y como indica el informe del Servicio.

En relación con el hematoma en el brazo, es un hecho muy frecuente, como figura en el punto 1 de la página 3 del apartado «en todos los casos o frecuentemente» del DCI, dada la necesidad de tratar con fármacos antiagregantes para que no se produzca trombosis de la prótesis, lo que supondría la muerte del paciente o complicaciones muy graves.

Respecto a la pérdida de fuerza en la mano, esta secuela deviene de la neuropatía del nervio mediano severa y radial leve, como informa el Servicio de Neurología, complicaciones también descritas en el DCI como riesgos menos frecuentes «lesiones nerviosas (dolor, irritación, parálisis, dificultades motoras, etc.)».

Por tanto, ajustándose el DCI a las previsiones legales y habiendo sido informado el paciente de las posibilidades de lesiones nerviosas, la actuación sanitaria se ha adecuado a la *lex artis ad hoc*.

7. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, partiendo de la valoración conjunta de la prueba practicada en el expediente administrativo. Se concluye a la vista de los informes médicos, que el paciente de edad avanzada, tenía antecedentes personales relacionados con enfermedades graves, y con un problema vascular también grave, que conlleva alta mortalidad si se lleva a su evolución natural. Se eligió el procedimiento quirúrgico más adecuado a su caso, dando información completa tanto oral como por escrito al paciente, conociendo las consecuencias que podía sufrir. Las complicaciones que sufrió finalmente el paciente, están contempladas en el tratamiento mediante endoprótesis de aneurismas de aorta de las que fue previamente informado, prestando el consentimiento para la intervención. El presente caso es evidentemente propio de la medicina curativa, en la que se exige una actuación médica correcta conforme a la *lex artis*, mediante el empleo de los medios adecuados al alcance del

profesional de la medicina y con adecuada información al paciente, sin que se pueda exigir a los médicos un resultado, al no ser la medicina una ciencia exacta.

En definitiva, como hemos reiterado en múltiples ocasiones, el reclamante no fundamenta su reclamación en ninguna negligencia o incumplimiento de los protocolos médicos, sino en la concreción de las posibles secuelas de las que fue debidamente informado. Sin la prueba de la vulneración de la *lex artis* 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. El reclamante no aporta informes médicos ni otras pruebas que corroboren su pretensión. Al contrario, de la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que la actuación médica fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación de (...), resulta conforme a Derecho.