



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 0 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 28 de febrero 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. 32/2019 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 y con entrada en este Consejo Consultivo el 24 de enero de 2019, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, instado por (...), por la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario Insular.

La interesada, a requerimiento de la Administración, cuantifica el importe de la indemnización que reclama en la cantidad de 120.296,99 euros.

2. De la naturaleza de esta propuesta y de la cantidad reclamada, se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

3. Resultan aplicables los arts. 67, 81, 91 y 92 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPACAP) y el art. 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, normativa aplicable porque la reclamación fue

* Ponente: Sra. de León Marrero.

presentada después de la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común (DT3ª).

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.

4. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), la cual reclama en su propio nombre, al haber sufrido daños personales: perforación del ciego tras polipectomía (art. 4 LPACAP).

5. 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.

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

7. 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.

8. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues la primera reclamación se presentó el 9 de noviembre de 2016 (reiterada el 8 de marzo y 6 de junio de 2017), habiéndose producido el alta médica por curación el 2 de marzo de 2016 (art. 67 LPACAP).

9. 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).

II

Constan las siguientes actuaciones:

1. Por la reclamante se presentó, con fecha de 9 de noviembre de 2016, haciendo uso del impreso oficial de reclamaciones en el ámbito sanitario, ante la oficina de defensa de los derechos de los usuarios sanitarios (ODDUS) una solicitud de indemnización por los daños y perjuicios ocasionados por las lesiones causadas en el transcurso de una asistencia prestada por el Servicio Canario de la Salud. El 8 de marzo de 2017 presenta otra reclamación complementaria de la anterior en la misma oficina, en la que expone los siguientes hechos:

«El viernes 9 de octubre de 2015, a las 18:09, se me realiza una endoscopia digestiva baja. En la exploración se observa a nivel de ciego un pólipo sesil de 1,5 cm, que se extirpa con asa de diatermia. El viernes al anochecer empiezo a tener dolores abdominales que progresivamente van siendo más agudos. El sábado 10 de octubre de 2015 por la tarde noche ingreso en el servicio de urgencias del Hospital Insular por fuertes dolores abdominales en la región del flanco derecho acompañado de micciones de sangre y malestar general. Tras diversas exploraciones los doctores me detectan en la zona del ciego una perforación de 1,5 cm, por lo que se me diagnostica perforación del ciego tras polipectomía. Se me interviene de urgencia, realizándose la operación la madrugada del domingo al lunes 10 de octubre de 2015. Por lo que solicito indemnización por los daños y perjuicios ocasionados, así como por las secuelas, tanto físicas como psíquicas, consecuencia de los mismos».

Con fecha 17 de mayo, se le da traslado, desde la ODDUS, de un informe emitido por el Servicio de Digestivo, de 29 de marzo de 2017, sobre la asistencia prestada, sin que se hubiera incoado una reclamación de responsabilidad patrimonial que era la pretensión de la reclamante, por la perforación de ciego tras politectomía, de la que tuvo que ser intervenida de urgencia.

El contenido de este informe del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Insular es el siguiente:

«Con respecto a la reclamación interpuesta por (...), con el número de referencia en el asunto mencionado, con fecha 9 de noviembre de 2016 y reiterada el 8 de marzo de 2017, emito el siguiente informe como contestación a la misma:

El 9 de Octubre de 2015, acude la paciente a este Servicio, Área de Pruebas Funcionales para realizarle una Endoscopia baja con sedación a las 18:09 según consta en el informe de la misma.

La exploración se realiza sin dificultad con el hallazgo de un pólipo en ciego de 1,5 cm de diámetro con implantación sesil que se extirpa con asa de diatermia y se recupera para su análisis.

Al ser un pólipo grande (por el tamaño adenoma avanzado) de implantación sesil y en la zona de ciego, se le da una serie de instrucciones a la paciente en cuanto a los riesgos por la zona donde se localiza el pólipo, quedando recogido en el informe que se entrega a la paciente.

La Anatomía Patológica del pólipo es la siguiente según consta en el informe: "Formación polipoide sesil de color pardo que mide 1,4 cm en su dimensión mayor".

DIAGNOSTICO: CIEGO: adenoma túbulo-veloso.

Se solicitaron los correspondientes consentimientos informados para la realización de la colonoscopia y sedación. En la Identificación y descripción del procedimiento dice lo siguiente:

"Para llegar al diagnóstico de la enfermedad puede ser necesario tomar algunas muestras (biopsia, citología y otros) que después serán analizadas o bien puede ser aconsejable realizar algún procedimiento terapéutico (extirpación de pólipos, dilataciones, esclerosis, coagulaciones, colocación de sondas, etc.)". El motivo es advertir de la necesidad en medio de la prueba de tomar decisiones terapéuticas como extirpar un pólipo y esa es la buena práctica habitual.

También se comenta el riesgo de perforación instrumental y en el caso que nos ocupa por las características de la polipectomía se comenta además con la paciente como se recoge en el informe. El 10 de Octubre de 2015 la paciente queda ingresada en el servicio de urgencias con la sospecha de perforación de colon en ciego tras polipectomía, según se recoge en la historia clínica refiere que el dolor se inició por la mañana de ese día, unas 12 horas después de la polipectomía. Se le realizaron Rx Tórax, Rx abdomen, ecografía abdominal y CT abdominal. En la ecografía se aprecia solo una ínfima cantidad de líquido libre abdominal y es el CT el que revela en la zona de ciego una imagen compatible con una microperforación, el mismo se realizó al aparecer fiebre en la evolución clínica.

El período de latencia entre la aparición de la clínica y la realización de la polipectomía habla a favor de que la misma no se produjo en el momento de la realización de la misma sino después por el fenómeno de la electrocoagulación en la zona de ciego, zona sensible a la misma por ser la pared del ciego más delgada.

El Servicio de cirugía General decide la intervención de la paciente, llevándose a cabo el 12/10/2015 realizando como técnica quirúrgica una hemicolectomía derecha observándose

una perforación de 1,5 cm. En ciego, el mismo tamaño que el pólipo sesil extirpado y con anatomía patológica compatible.

Tras una evolución posoperatoria favorable a la paciente se le da de alta el 20/10/2015.

Se trata de una paciente que es recibida en este Servicio para realizarle una colonoscopia bajo la petición de cribado de neoplasia. La misma se realiza con el hallazgo en ciego de un pólipo sésil de 1,5 cm., que se extirpa según técnica habitual sin complicaciones tempranas de la misma, con la advertencia por la zona, tamaño y ausencia de pedículo de la posibilidad de complicación que se advierte.

El pólipo extirpado por el tamaño y estirpe histológica es un pólipo neoplásico reuniendo las características de lo que se denomina adenoma avanzado sobre los que recaen la mayor posibilidad de malignización y transformación de adenocarcinoma. Por ese motivo la extirpación del pólipo es la norma de la buena práctica clínica, la cual se hizo sin complicaciones tempranas.

Las complicaciones de la polipectomía son fundamentalmente el sangrado y la perforación, esta segunda como en este caso diferida, se produce secundariamente a la escara producida por la electrocoagulación siendo el ciego la zona más frágil en este sentido, por lo que se le advirtió a la paciente de esta posibilidad.

La Guía de la Asociación de Endoscopia Digestiva en el apartado de complicaciones en lo que se refiere a la polipectomía dice lo siguiente:

“La perforación de la pared colónica se produce en menos del 1% de los casos de polipectomía. El riesgo es mayor en el colon derecho debido al menor grosor de la pared a ese nivel. Como maniobras preventivas de esta complicación están la inyección submucosa de sustancias bajo el pólipo y la resección por fragmentos del mismo. Una vez producida la perforación, si ésta es identificada, su tamaño no es demasiado grande y las condiciones del paciente lo permiten, puede intentarse su sellado mediante la colocación de clips. En caso contrario deberá remitirse al paciente a Cirugía para tratamiento quirúrgico urgente, siendo posible realizar el mismo por vía laparoscópica. En cualquier caso deberá descartarse que se haya producido una perforación si tras finalizar una colonoscopia en la que se haya realizado una polipectomía, el paciente presenta dolor abdominal intenso.

Una situación especial la constituye el denominado síndrome postpolipectomía o de quemadura transmural del colon, que se debe a la lesión por quemadura eléctrica de todo el espesor de la pared intestinal, afectándose la serosa pero sin producirse perforación libre. Suele aparecer varias horas después del procedimiento y cursar con dolor abdominal, defensa, fiebre y leucocitosis; su tratamiento es conservador, con reposo digestivo y antibioterapia. Su incidencia es del 1% de las polipectomías.

Es evidente que el caso que nos ocupa está más de acuerdo con el segundo supuesto, no hubo perforación en el acto y sí posterior por la quemadura, no pudiéndose poner de manifiesto hasta pasadas más de 24 h. y por un CT donde se aprecia una pequeña burbuja de gas extraintestinal en la zona de ciego.

Es preciso reseñar también que en nuestro Servicio disponemos de una acreditación ISO por lo que en base a este requisito de calidad es preciso recoger de forma estructurada las complicaciones surgidas estando por debajo de la estadística aportada por la Asociación Española de Endoscopia Digestiva”.

Como resumen a la paciente se le realizó una colonoscopia con polipectomía dentro de lo que es una buena práctica clínica según *lex artis*. Ocurrió una complicación según se describe pese a la ortodoxia del procedimiento, como se describe en la literatura y este Servicio de Digestivo está dentro de los estándares de calidad en este tipo de suceso».

2. Con fecha 6 de junio de 2017, la reclamante insta la incoación de procedimiento de responsabilidad patrimonial, y el 13 de junio de 2017, por el Servicio Canario de la Salud, se le requiere a fin de que mejore la reclamación formulada, presentándose, con fecha de registro de entrada de 26 de junio de 2017, la documentación requerida. El 4 de julio de 2017, se dicta Resolución de actuaciones previas en el expediente de responsabilidad patrimonial n.º 108/17, iniciado por (...).

3. Con fecha de 20 de junio de 2018 se emite nuevamente informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones. Sus conclusiones son las siguientes:

«-La prueba endoscopia digestiva baja (colonoscopia), objeto de la reclamación, practicada en fecha 9 de octubre de 2015 estaba indicada para diagnóstico lesión neoplásica o preneoplásica en base a los antecedentes de la paciente.

La colonoscopia es una técnica con la que se pretende ver la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros del intestino delgado (íleon terminal) con el objetivo de diagnosticar posibles enfermedades. Si durante su realización de la misma se objetiva una lesión sangrante o la presencia de pólipos, permite realizar actuaciones sobre ellos.

Esta posibilidad terapéutica se incluye en el Documento Consentimiento Informado firmado por la reclamante.

En el presente caso se identificó durante la prueba un pólipo sesil en Ciego que fue resecado.

El estudio anatomopatológico de la formación resecada informó de adenoma túbulovelloso.

En la mayoría de las veces, el carcinoma colo-rectal se inicia a partir de un adenoma y, aunque no todos los adenomas colorrectales progresan a cáncer, esta lesión debería ser considerada premaligna. La polipectomía mediante procedimientos endoscópicos ha demostrado interrumpir la secuencia adenoma-carcinoma y con ello disminuir la incidencia de carcinoma de colon y recto en las poblaciones sometidas a esta técnica.

Concluimos que tanto la prueba como la extirpación del pólipo objetivado estaban indicadas en la paciente en el ámbito de la correcta práctica clínica.

- La reclamante hace referencia a actuación negligente durante la prueba sin concretar qué actuación presupone contraria a la *lex artis*.

Frente a esta afirmación no se objetiva en la Historia Clínica actuación incorrecta en el acto diagnóstico terapéutico de fecha 9 de octubre de 2015. Se trata de una posible complicación inherente al acto e incluido en el Documento Consentimiento Informado firmado previo al mismo.

Esta posibilidad se incrementa, en este caso, por la localización del adenoma en el Ciego, zona del colon de pared de menor grosor.

- Ante la demanda de asistencia en fecha 10 de octubre por iniciarse repercusión clínica fueron indicadas las oportunas pruebas diagnósticas que permitieron identificar la complicación.

Realizada intervención quirúrgica la paciente causa alta hospitalaria con buen estado general, hemodinámicamente estable, afebril y sin complicaciones locales a nivel de la herida quirúrgica.

Nos encontramos ante una complicación implícita en el procedimiento diagnóstico-terapéutico, incluida en el Documento Consentimiento Informado firmado previo al mismo, diagnosticada y resuelta».

4. Con fecha de 26 de junio de 2018 se procede a la apertura del periodo probatorio. La reclamante presenta, en trámite de audiencia, escrito en el que se opone al acuerdo probatorio, concretamente a la inadmisión de la testifical de los facultativos que prestaron asistencia a la reclamante al tiempo que alega que no constan en su historial clínico todas las imágenes que corresponden a la colonoscopia practicada a la reclamante.

5. Finalmente, el 19 de diciembre de 2018, se emite propuesta de resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, partiendo de la valoración conjunta de la prueba practicada en el expediente administrativo.

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».

2. En cuanto a las particularidades de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas sanitarias derivadas del cumplimiento de la «Lex Artis», la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 recuerda 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 n.º 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».

3. Otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica es el consentimiento informado exigido en los arts. 8 y siguientes de 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.

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, de 23 de noviembre de 2.007 (RJ 2008, 24) núm. 1.197; de 4 de diciembre de 2.007 (RJ 2008, 41) núm. 1.251 y de 18 de junio de 2.008 (RJ 2008, 4256) 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. De 28 de junio de 2.007, núm. 1.215 y de 29 de julio de 2.008 (RJ 2008, 4638) núm. 743), revistiendo mayor intensidad en los casos de medicina no estrictamente necesaria (SS., entre otras, de 26 de abril de 2.007 (RJ 2007, 3176) núm. 467 y de 22 de noviembre de 2.007 (RJ 2007, 8651) 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 (S. de 29 de julio de 2008 (RJ 2008, 4638) núm. 743). La Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 (RCL 2002, 2650) 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 20/1/2011 (RJ 2011, 299) puntualiza: «La información que se proporciona al paciente antes de la intervención, y el correlativo consentimiento por parte de éste, 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 silenciamento de los riesgos excepcionales a fin de evitar una retracción de los pacientes a someterse a la intervención [SSTS 21 de octubre de 2005 (RJ 2005, 8547); 4 de octubre 2006 (RJ 2006, 6428); 29 de junio 2007 (RJ 2007, 3871)]. 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 a 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)».

IV

1. Se concluye a la vista de los informes médicos, tanto del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Insular, como del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, que se eligió el procedimiento quirúrgico más adecuado al caso de la paciente, proporcionando información completa tanto verbal como escrita a la misma, conociendo las consecuencias que podía sufrir. Se trataba de un pólipo grande o adenoma avanzado de implantación sesil en la zona del ciego, informando a la reclamante de los riesgos por la zona donde se localizaba el pólipo y por la posibilidad de perforación instrumental, y que el pólipo por el tamaño y estirpe histológica se podría malignizar y transformar en adenocarcinoma, lo que aconsejaba su extirpación. Las complicaciones que sufrió finalmente la paciente, están contempladas en el tratamiento, de las que fue previamente informada, prestando el consentimiento para la intervención.

Se trata de un supuesto 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 a la paciente, sin que se pueda exigir a los médicos un resultado, al no ser la medicina una ciencia exacta.

2. En cuanto a la prueba propuesta por la reclamante, declarada innecesaria por el Servicio Canario de la Salud en el período probatorio y reiterada en el trámite de audiencia por la interesada, relativa a la comparecencia de los facultativos que realizaron la polipectomía y posterior cirugía, compartimos la consideración de que resulta innecesaria. Poco o nada puede aportar dicha comparecencia de los facultativos al expediente administrativo, ya que los mismos informaron por escrito y con detalle de todas las cuestiones relevantes, tanto sobre la patología que presentaba la paciente, la necesidad de la polipectomía, la posterior intervención quirúrgica, la adecuación de las técnicas empleadas a la *lex artis* y al consentimiento informado previamente firmado por la interesada, con aportación de la historia clínica.

3. En relación a la solicitud realizada en el trámite de audiencia por la reclamante de que se incorpore el protocolo de actuación sobre pólipos y técnicas quirúrgicas aplicables para la extirpación de pólipos iguales o superiores a 1 cm de diámetro, hemos de señalar que se trata de una información a la que se puede acceder públicamente, ya que es posible descargarse vía internet la «Guía de Actuación en Cáncer Colorrectal del Servicio Canario de la Salud», en las que se recogen actuaciones preventivas, y de cuya lectura se desprende que la actuación del Servicio Canario de la Salud ha sido correcta.

4. En el presente caso, no resulta acreditado que la actuación médica se apartara de la *lex artis ad hoc*, al ser la medicina un obligación de medios y no de resultado. La reclamante no aporta ningún dictamen médico contradictorio a los que figuran en el expediente administrativo, que acredite una actuación médica no conforme a la *lex artis ad hoc*.

5. El daño sufrido por el reclamante no es antijurídico, por ser una complicación de la cirugía, posible y previamente informada a la paciente, a través del consentimiento informado que ella mismo firmó.

CONCLUSIÓN

La propuesta de Resolución que se somete a dictamen, relativa a la reclamación de responsabilidad patrimonial de (...) es ajustada a Derecho.