



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 4 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 6 de marzo 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 41/2019 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, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 28 de enero de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 29 de enero de 2019.

2. La preceptividad del dictamen viene determinada por la cuantía de la reclamación, al ser la cantidad solicitada en concepto de indemnización de 43.347,68 euros, de conformidad con lo dispuesto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC).

La competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, derivan del art. 12.3 LCCC, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de 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).

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP], si bien, en este procedimiento actúa mediante la representación acreditada de (...) (art. 5.1 LPACAP).

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

3. A la Secretaría 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 de este Servicio.

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, al haberse presentado antes de finalizar el plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP. Y es que el interesado interpuso aquel escrito el 28 de diciembre de 2017, por medio de correo postal, en impreso de reclamaciones en el ámbito sanitario del Hospital Universitario de Canarias (HUC), siendo remitido por la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 7 de marzo de 2018, respecto de una asistencia sanitaria prestada el 23 de marzo de 2016, cuya alta definitiva recibe el 17 de julio de 2017, tal y como recoge el informe del Jefe del Servicio de Cardiología del

Hospital Universitario de Canarias y consta en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 13 de septiembre de 2018, con las secuelas por las que reclama, estando, pues, a tal fecha, determinado el alcance del daño por el que se reclama.

III

El interesado, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que la funda los siguientes:

«(...) tras una intervención el día 22 de marzo de 2016 se produjo una denominada "complicación" en un cateterismo cotidiano que no revestía complicación alguna y que atiende a un error profesional grave, que ha derivado en una auténtica conexión de perjuicios directos que no permiten desarrollar una vida siquiera mínimamente normal a mi defendido. Tanto es así que tuvo que ser dado de alta el 8 de abril de 2016, tras permanecer ingresado con tales complicaciones graves no directamente relacionadas con la prueba en cuestión, ni informadas a su familia. Además, es de destacar que el mismo día 8 de abril tuvo que volver a ser trasladado en ambulancia al Hospital por las dolencias graves que padecía.

Tras ello, vuelve a la UCI de cardiología, en la planta cero, pasando el día 12 de abril a la planta de Cardiología (...). El día 22 de abril, por tanto, un mes después de la primera prueba, y le colocan los sten, procediendo el día 26 de abril a darle el alta definitiva pero con los perjuicios irreparables a su salud ya totalmente intrínsecos en su quehacer habitual».

Se aportan, junto con la reclamación, los siguientes documentos probatorios: informe de cateterismo del HUC, informe clínico de 30 de enero de 2017, parte de la historia clínica del HUC, informe de interconsulta en el Centro de Salud La Vera, justificante de cuestionario de incapacidad permanente, de 14 de junio de 2016, resolución del INSS de 15 de julio de 2016, desestimatoria, documentación clínica de 7 de junio de 2016 e informe de cuidados de enfermería de 8 de abril de 2016, tras el traslado ambulatorio.

Solicita el reclamante una indemnización que se cuantifica en trámite de mejora en 43.347,68 euros.

IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. Sin embargo, 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. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 12 de marzo de 2018 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que éste recibe notificación el 15 de marzo de 2018, aportando lo solicitado el 27 de marzo de 2018, fecha en la que se acredita la representación mediante la que se actúa y se cuantifica el daño por el que se reclama.

- Por Resolución de 3 de abril de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, lo que se notifica al interesado el 6 de abril de 2018.

- El 3 de abril de 2018 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 13 de septiembre de 2018.

- El 20 de septiembre de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por el interesado y se incorporan las de la Administración, y se acuerda que, siendo todas documentales y obrando incorporadas al expediente, se declare concluso este trámite pasando al siguiente. De ello recibe notificación el reclamante el 25 de septiembre de 2018.

- El 20 de septiembre de 2018 se confiere al interesado trámite de audiencia, lo que se le notifica el 27 de septiembre de 2018, presentado alegaciones el 8 de octubre de 2018, por correo postal, impugnando la prueba documental consistente en la historia clínica, «de más de seiscientos folios de composición, dado que es materialmente imposible poder leer la misma», solicitando «conceder una cita a mi defendido con un perito externo al SCS para que valore, de modo objetivo, los daños producidos».

Sobre esta concreta alegación no se ha dado respuesta al reclamante en la fase de instrucción (art. 77.3 LPACAP), si bien tampoco puede considerarse que se le haya causado indefensión, pues en el *petitum* del citado escrito el interesado se limita a impugnar la historia clínica y solicita que se tenga por concluido el trámite de alegaciones y se dicte propuesta de resolución o terminación convencional, así como resolución estimatoria de sus pretensiones. Sin embargo, en la Propuesta de Resolución debe darse cumplida respuesta a lo alegado por el interesado sobre la

prueba, lo que no se ha efectuado, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 88.1 LPACAP, como veremos seguidamente.

- El 23 de enero de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, lo que, incorrectamente, no fue informado por el Servicio jurídico, lo que se justifica en la Propuesta de Resolución señalando: «En este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico». Y es que «Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, el Servicio de Régimen Jurídico emitirá informe preceptivo en los procedimientos de responsabilidad patrimonial, únicamente, sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente».

V

1. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial del SIP.

2. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), según el art. 139.1 LRJAP-PAC -actual art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público-, 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 disponen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC) -por remisión del art. 77.1 LPACAP-, 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).

En este caso, en cuanto a la prueba, el interesado impugna la historia clínica porque dado su volumen (más de seiscientos folios) «es materialmente imposible poder leer la misma», argumento absolutamente carente de fundamento, pues la citada historia resulta perfectamente legible en el plazo conferido al efecto, sin perjuicio de la posibilidad que tenía el reclamante de solicitar la ampliación del periodo de prueba hasta los treinta días e, incluso, la apertura de un plazo extraordinario de prueba por diez días más (art. 77.2 LPACAP). Por otra parte, sobre la solicitud de un perito externo al SCS para que valore los daños producidos, hemos de remitirnos a lo dicho con anterioridad sobre la carga de la prueba, que incumbe al interesado, sin que la Administración deba soportar los gastos que pudiera conllevar, además de que, según el art. 67.2 LPACAP, la solicitud en la que conste la reclamación debe ir acompañada de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretende valerse el reclamante. En este sentido, en su escrito el interesado propuso la prueba que consideró conveniente, sin incluir esta nueva prueba y sin que se aportara tampoco por su parte en el periodo para la práctica de la misma.

No obstante, como indicamos con anterioridad, la Propuesta de Resolución debe pronunciarse sobre estos extremos, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 88.1 LPACAP.

3. Entrando en el fondo del asunto, tal y como hace la Propuesta de Resolución es preciso exponer los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica del reclamante, tal y como se recogen en el informe del SIP.

1) Paciente de 58 años, con las siguientes patologías y antecedentes patológicos: HTA, litiasis renal, apendicectomía, taquicardia supraventricular paroxística, diverticulosis intestinal, hemorroides, trastorno depresivo grave, angina inestable, ictus isquémico, cardiopatía isquémica crónica con infarto de miocardio, con enfermedad arterial coronaria severa de tres vasos establecida, diabetes mellitus, el 1 de abril de 2004 cirugía cardíaca con injerto simple en coronarias.

Tras todo lo anterior, en 2016 sufre infarto subagudo cerebeloso bilateral.

2) El 22 de marzo de 2016, el paciente acude a su médico de cabecera, que anota que desde hace unos 15 días presenta dolor precordial en dos ocasiones, uno relacionado con el ejercicio, otro sin relación con esfuerzo físico.

Se señala que, «como no quiso acudir a ningún centro sanitario» es el día 10 cuando lo llevan a médico privado, donde, tras realización de prueba de esfuerzo, se diagnostica: alteraciones electrocardiográficas al esfuerzo, que se normaliza tras cese de ejercicio y tras tratamiento con nitroglicerina sublingual.

El médico privado aconseja realizar Coronariografía y el médico de cabecera, ante la historia de episodios de dolor precordial en los últimos días en probable relación con angina inestable, remite al servicio de urgencias del HUC para valoración e ingreso si se considerara. El médico de cabecera refiere que, tras diagnóstico de cardiopatía isquémica y enfermedad coronaria severa de 3 vasos con revascularización en noviembre de 2004, no ha ido a casi ninguna revisión con Cardiología del CAE.

Según añade en su informe el Jefe del Servicio de Neurología del HUC: «con el diagnóstico de angor progresivo en paciente con enfermedad coronaria establecida, se indicó la necesidad de estudio angiográfico coronario».

3) El 22 de marzo de 2016 se realiza EKG en el HUC que resulta anodino. Rx de tórax normal, ingreso en planta. Se solicita Coronariografía. Se intensifica el tratamiento antiisquémico.

Se realiza el Cateterismo cardíaco y estudio angiográfico coronario en el que se objetiva progresión de su enfermedad nativa, el día 23 de marzo, se encuentran, por tanto, lesiones significativas, oclusivas tanto en proximal y arteria coronaria derecha, como en las circunflejas.

Pendiente de valorar opciones revascularizadoras.

- Tras el cateterismo, el día 23 de marzo comienza con cuadros de mareo y vómitos, que prosiguen el día 24, sensación de vértigo, los vómitos ceden con Primperan, el paciente refiere misma clínica desde hace años tras accidente de tráfico, por problemas cervicales, exploración cardiopulmonar sin hallazgos significativos. Se pauta Serc.

Exploración neurológica normal sin déficit motor ni sensitivo, se solicita analítica, «según evolución consulta con Neurología».

- El día 28 de marzo de 2016 ante la clínica que destaca, cefaleas con vómitos (...), analítica con glucemia elevada, se solicita TAC craneal urgente en el que se diagnostica Ictus cerebeloso bilateral. Persiste clínica de fotofobia, sensación de mareo, cefalea, náuseas, sin otra focalidad neurológica grosera, cardiológicamente estable.

El Servicio de Neurología lo valora el día 28 y orienta diagnóstico a Ictus isquémico en territorio vertebro basilar en relación a cateterismo, probable relación a mecanismo embolígeno.

Se instaura tratamiento, aumento de la antiagregación, y vigilancia neurológica estricta. En la tarde del día 28 de marzo mejora algo la clínica, se realiza Doppler (o dúplex) de troncos supraórticos observándose ateromatosis franca, en ambas carótidas, con flujo permeable. También se realiza Doppler transcraneal: territorio vertebro basilar permeable.

Se concluye Arteromatosis carotídea bilateral, sin datos de estenosis extra o transcontinental informa a familia y al paciente.

- El día 29 se realiza interconsulta al Servicio de Neurocirugía por si fuera necesario. El día 29 se realiza RMN cerebral, signos moderados de atrofia cerebral córticosubcortical, extensa lesión isquémica aguda en ambos hemisferios cerebelosos sobre todo el izquierdo.

Se realiza igualmente Angio-RMN de troncos supraórticos y del Polígono de Willis, sin hallazgos patológicos.

- El día 30 de marzo mejora algo más la clínica, el día 31 estable hemodinámicamente, sin datos de insuficiencia cardíaca, neurológicamente mejor, solicitud analítica. El día 4 de abril de 2016, solicitud interconsulta a Rehabilitación.

- El día 4 de abril se realiza TAC de cráneo, con mejoría respecto al día 26 de marzo, eventos isquémicos evolución.

- El 5 de abril de 2016 se efectúa RM cerebral, mejoría con respecto al previo del 26 de marzo, no existen datos de isquemia aguda. Conclusión: lesiones isquémicas subagudas en ambos hemisferios cerebelosos, con microsangrado petequial y perfusión de lujo (neovascularización en un tejido dañado), no datos de proceso expansivo intracraneal, no datos de nueva isquemia aguda, se realiza igualmente Ecocardiograma el 8 de abril de 2016. Diagnóstico principal: Angina Inestable, Cardiopatía Isquémica Coronaria, Ictus Isquémico en Territorio vertebro-Basilar en relación a Cateterismo cardíaco, más los previos.

Las conclusiones del Ecocardiograma son: Cardiopatía esclerosa senil, hipertrofia ventricular concéntrica, disfunción diastólica leve, degeneraciones valvulares sin repercusión hemodinámica.

4) Tras alta hospitalaria el 8 de abril de 2016, vuelve a ingresar en el Servicio de Cardiología por angina inestable el 9 de abril de 2016, tras acudir al Servicio de Urgencias con dolor torácico.

Tras valoración conjunta con el Servicio de Neurología se pauta doble antiagregación, y, ante buena respuesta, se decide intervención coronaria electiva percutánea.

- El paciente está ingresado en el Servicio de Cardiología con el diagnóstico de SICA. El 19 de abril de 2016 se realiza TAC de cráneo: demuestra infarto isquémico evolucionado y sin cambios en territorio cerebeloso izquierdo. Ictus cerebeloso. El 22 de abril de 2016, se realiza cateterismo y angioplastia cardíaca se realiza angioplastia coronaria transluminal percutánea e implante de dos stents sobre arteria circunfleja.

- Es valorado por Psiquiatría durante el ingreso, en tratamiento médico, mejoría de la ansiedad, recomienda control en la USM de su Centro de Salud de forma preferente.

Tras la estabilidad clínica presentada se realiza alta hospitalaria el 26 de abril de 2016. Seguimiento en consulta de Cardiología en CAE de Puerto de La Cruz, a su vez en Consultas Externas de Neurología, y control por Médico de Familia.

Al alta: cardiopatía isquémica crónica con enfermedad arterial coronaria de 3 vasos con revascularización parcial quirúrgica y percutánea, disnea de esfuerzo-angor de esfuerzo grado II-III. Ictus isquémico en territorio vertebro-basilar más los previos.

El paciente, afecto desde hace años, 2013, aproximadamente, de trastorno depresivo mayor recurrente, lleva seguimiento con Psiquiatría y Psicoterapia.

Seguimiento igualmente por el Servicio de Cardiología que no observa nuevos cuadros isquémicos ni aparición de nueva patología deficitaria neurológica.

5) Posteriormente, alta en el Servicio de Cardiología del HUC el 17 de julio de 2017, donde se anota: varón de 57 años, con Ictus isquémico crónico en territorio vertebro-basilar embolígeno periprocedimiento cateterismo, en marzo de 2016.

Refiere estar algo mejor, mareos en movimientos cefálicos bruscos y que al subir las escaleras parece que se va a caer, la exploración física: destaca hiperestesia táctil hemicorporal izquierda, disimetría dedo-nariz derecha mínima, reflejos osteotendinosos. ROT: 2/5. No requiere más seguimiento por parte de Neurología en el momento actual los mareos se explican por su Ictus cerebeloso.

- El 7 de febrero de 2018 el Servicio de Cardiología anota en hoja de seguimiento en consulta: seguimiento desde marzo de 2016, por juicio diagnóstico de Cardiopatía isquémica crónica con enfermedad arterial coronaria de 3 vasos. Con revascularización parcial quirúrgica y percutánea, disnea de esfuerzo-angor de esfuerzo grado II-III, Ictus isquémico en territorio vertebro basilar.

4. A la vista de tales antecedentes, y dados los términos de la reclamación, es preciso pronunciarse sobre los siguientes aspectos: indicación de la coronariografía, adecuación de su realización a la *lex artis*, y sometimiento su realización a previa información y consentimiento del paciente.

1) En primer lugar, señala el informe del SIP la procedencia de la prueba realizada, ya que se trata de un paciente que, tal y como se ha visto en sus antecedentes, padece importante patología cardíaca. Así, indica aquel informe en sus conclusiones:

«Debido a su enfermedad cardíaca de base es una prueba diagnóstica y según caso puede servir in situ para el tratamiento de las obliteraciones arteriales encontradas, o bien en una próxima intervención.

El cateterismo es una prueba siempre con riesgos y que se asumen por lo necesaria para el diagnóstico y posible tratamiento, la supervivencia del paciente y calidad de vida. Igualmente, los pacientes son libres de no realizársela».

Y es que, tal y como se señala en los antecedentes:

«El 22 de marzo de 2016, el paciente acude a su médico de cabecera, este anota que desde hace unos 15 días presenta dolor precordial en dos ocasiones, uno relacionado con el ejercicio, otros sin relación con esfuerzo físico.

Como no quiso acudir a ningún centro sanitario es el día 10 cuando lo llevan a Dr privado. Tras realización de prueba de esfuerzo se diagnostica alteraciones electrocardiográficas al esfuerzo, que se normaliza tras cese de ejercicio y tras tto. con nitroglicerina sublingual.

El Dr. aconseja realizar Coronariografía y el médico de cabecera ante la historia de episodios de dolor precordial en los últimos días en probable relación con angina inestable remite al servicio de urgencias del HUC para valoración e ingreso si se considerara (...).

Por su parte, consta en el informe del Servicio de Cardiología del HUC, emitido el 7 de junio de 2018:

«con el diagnóstico de angor progresivo en paciente con enfermedad coronaria establecida, se indicó la necesidad de estudio angiográfico coronario».

Por tanto, respecto a la indicación de la prueba realizada, la asistencia prestada al paciente es conforme a la *lex artis*.

2) En segundo lugar, en cuanto a su adecuada realización:

El referido informe del Servicio de Cardiología explica que el estudio angiográfico coronario se realizó el día 23 de marzo de 2016 «por vía femoral, para la evaluación de los puentes arteriales de mamaria derecha y mamaria izquierda».

Consta, respecto al desarrollo de la prueba, tal y como se recoge en informe de enfermería (folio n.º 206 EA) que ésta se realiza «sin complicaciones», en coincidencia con la hoja de descripción médica de la prueba (folios n.º 237 a 239 EA).

Y, al tiempo que no consta que durante la práctica de la prueba surgiera incidencia alguna, por el contrario, de ella se obtienen datos objetivos de la patología del paciente, tal y como era su finalidad, determinándose en la misma:

«Oclusión total crónica a nivel de coronaria derecha proximal, descendente anterior proximal y primera obtusa marginal de circunfleja. Lesiones obstructivas significativas en primera diagonal, primera septal y circunfleja proximal. Puente de arteria radial izquierda a primera obtusa marginal de circunfleja permeable y con buen flujo, que perfunde territorio distal de obtusa marginal. Puente de arteria mamaria interna derecha a coronaria derecha distal permeable, con buen flujo pero lento al presentar oclusión en coronaria derecha distal al puente. Puente de arteria mamaria izquierda interna a descendente anterior permeable (sin sondaje selectivo por tortuosidad), con buen flujo y sin lesiones obstructivas, profundiendo territorio de arteria descendente anterior (siendo este de escaso calibre). Ventrículo izquierdo de tamaño y morfología normales, con contractibilidad global en el límite bajo de la normalidad e hipoquinesia ligera anterior».

Por tanto, también desde el punto de vista de la ejecución de la prueba, la asistencia prestada fue conforme a la *lex artis*.

3) Finalmente, respecto de la información facilitada al interesado, en cuanto a las complicaciones derivadas de su realización, se prevé en el Documento de Consentimiento Informado (DCI) firmado por el reclamante el 22 de marzo de 2016, esto es, el día anterior a la realización de la prueba (folios n.º 240 y 241 EA), entre

los riesgos de la prueba a realizar, «b) Accidentes cerebrovasculares (embolia/hemorragia)», riesgo que, finalmente, se concretó en el paciente.

Ciertamente, éste es un riesgo, como asevera el informe del SIP, y recoge el DCI, raro, de baja incidencia (una probabilidad de 1/1000), pero, tal y como se expone en el DCI, de posible ocurrencia. Tal es así que, el propio DCI añade incluso: «Las complicaciones anteriormente mencionadas pueden producir muerte, aunque esto sucede de manera excepcional».

Por ello, el porcentaje escaso de aparición no desvirtúa que se trate de un daño consentido y asumido por el paciente con la firma del consentimiento informado, excluyendo con ello la antijuridicidad de tal perjuicio y su deber de soportarlo, pues, como afirma el SIP, pudo no haberse sometido el paciente a tal prueba.

De hecho, el propio DCI concluye: «Declaro que mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y que he comprendido la información que se me ha proporcionado. Por ello, en pleno uso de mis facultades mentales y libremente, doy mi consentimiento a los profesionales adecuados que se precisen, para que se me realice la exploración descrita, en el conocimiento de que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee».

Por tanto, la atención dispensada al paciente fue correcta, tanto en cuanto al abordaje de la intervención, indicada en el caso del reclamante dadas sus patologías previas, y correctamente ejecutada, como en cuanto a la información facilitada al respecto al paciente.

Tal complicación no puede considerarse como daño antijurídico, pues fue debidamente informado al paciente, en contra de lo que se afirma en el escrito de reclamación, constando en el DCI las posibles complicaciones.

5. A la vista de todo lo señalado, debemos concluir que la asistencia sanitaria prestada al reclamante fue conforme a la *lex artis*, tanto desde en su aspecto material como formal, por lo que debe desestimarse su reclamación.

Y es que, integra la *lex artis* el deber para los servicios sanitarios de prestar a los pacientes información adecuada acerca de su enfermedad, de los tratamientos que pueden ser aplicados y de los posibles riesgos que estos conllevan, como así se dispone en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El correcto entendimiento del deber que esta Ley impone exige que los pacientes 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.

Esta regulación legal implica, además, que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis* y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando estas hayan sido conformes a la *lex artis ad hoc*. 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 este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

Pues bien, en el presente caso de lo actuado en el expediente resulta, como bien señala la Propuesta de Resolución, que la intervención estaba correctamente indicada, en función de los antecedentes del paciente y de su clínica actual, y fue correctamente realizada.

Además, el paciente recibió la adecuada información al respecto, así como de las posibles complicaciones propias de la intervención, de las que sufrió la que alega en su reclamación.

Por tanto, debe concluirse la adecuación a la *lex artis* de la atención dispensada al paciente.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta, sin perjuicio de que debe completarse la misma en relación con las alegaciones sobre la prueba efectuadas por el interesado, de acuerdo con lo señalado en el Fundamento V.2.