



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 9 de enero de 2020.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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. 462/2019 IDS)\**.

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

### I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 2 de diciembre de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 3 de diciembre de 2019.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada, 40.982,62 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), 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). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, puesto que la reclamación se interpuso el 4 de junio de 2018 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado el 5 de junio de 2017, fecha del alta médica.

7. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución remitida resultan de aplicación, además de la mencionada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), 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 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como 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.

## II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación lo siguiente:

- Con fecha 2 de junio de 2017 fue intervenida de Resección Transuretral vesical (RTU) en el Hospital Universitario de Canarias (HUC). Se le realizó además linfadenectomía retroperitoneal paraaórtica e iliaca izquierdas.

- Tras esta cirugía, sufre dolor neuropático en pelvis y pierna izquierda. Con fecha 16 de febrero de 2018 es diagnosticada por la Unidad del Dolor de Hiperalgnesia en cara anterior y lateral del muslo izquierdo con hiper reactividad en territorio del nervio Femorocutáneo.

- Esta situación le impide realizar una vida normal, pues no puede permanecer sentada en una silla y sufre de dolor agudo permanente.

El objeto de la reclamación es la lesión sufrida en el nervio Femorocutáneo tras la cirugía, por lo que solicita una indemnización que cuantifica en 40.982,62 euros.

### III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 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. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 6 de junio de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a que subsane su reclamación, lo que se le notifica el 28 de junio de 2018.

- Por Resolución de 4 de septiembre de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de la que ésta recibe notificación el 10 de septiembre de 2018.

- El 4 de septiembre de 2018 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 4 de julio de 2019, tras haber recabado la documentación médica oportuna, entre otras, la historia clínica de la paciente obrante en los distintos centros asistenciales y los informes del Jefe de Servicio de Urología del HUC y del Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del HUC.

- El 30 de septiembre de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada, y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP,

declarándose concluso este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello recibe notificación la reclamante el 8 de octubre de 2019.

- El mismo 30 de septiembre de 2019 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 8 de octubre de 2019, compareciendo el día 11 de octubre de 2019 para aportar notificación de Resolución de Grado de Discapacidad, Certificado y Dictamen Técnico Facultativo, con el fin de que sea incorporado todo ello al procedimiento, y, en el mismo acto solicita relación de documentos obrantes en el expediente para que se le copien en pen drive, lo que se hace en el acto. Sin embargo, no consta que posteriormente se hayan realizado alegaciones, si bien el día 21 de octubre de 2019, a instancia de la Administración y a efectos de cuantificar su reclamación, alega los daños sufridos, insistiendo en la relación de causalidad con la asistencia recibida el día 2 de junio de 2017, sin que, una vez más, alegue la razón por la que considera responsable de las consecuencias indeseadas de la intervención realizada en aquella fecha a la Administración.

- Con fecha 16 de octubre de 2019 se insta a la reclamante para que cuantifique la indemnización que solicita, lo que viene a hacer mediante el referido escrito presentado el 21 de octubre de 2019.

- El 29 de noviembre de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, que no es informada por el Servicio Jurídico al señalar: *«Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1997, de 7 de febrero, sólo procede la petición de informe al Servicio Jurídico en aquellas cuestiones que no hayan sido informadas con anterioridad. 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. "(...) 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, motivo por el cual se incluye esta posibilidad de reintervención en el documento de consentimiento informado (...) alguno de estos riesgos se dieron en la paciente, que fueron además reparados en la segunda de las intervenciones, por lo que aunque el daño referido por la reclamante pudiera proceder causalmente de aquella intervención, dicho daño sin embargo no consta que provenga de una mala praxis médica, de lo que la reclamante tampoco ha hecho prueba, por lo tanto, no puede ser calificado antijurídico (informe de los Servicios Jurídicos, de 18 de octubre de 2016 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial n.º 31/14)».*

## IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante, con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la interesada, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

- En 2013 se practica Nefroureterectomía radical de riñón izquierdo por carcinoma urotelial de alto grado.

- En consulta de 15 de diciembre de 2014 en Urología no hay signos de recidiva local. Lo mismo sucede en consulta de 16 de diciembre de 2015. En ambas ocasiones la citología es negativa para malignidad

- En nuevo control de 29 de enero de 2017, la citología resulta compatible con carcinoma. El diagnóstico: Adenomegalia retroperitoneal izquierda de nueva aparición.

Se realiza interconsulta al Comité de Tumores con fecha 31 de enero de 2017, realizando PET-TAC con máxima prioridad, para evaluar adenopatías retroperitoneales. El resultado fue: Acúmulos patológicos sugestivos de enfermedad macroscópica maligna en ganglios iliacos externos

Ante los hallazgos encontrados el Comité de Tumores Urológicos decide la indicación de RTU vesical y Linfadenectomía retroperitoneal izquierda para-aórtica junto con linfadenectomía iliaca izquierda. Se incluye en lista de espera quirúrgica y tanto la reclamante como la familia, se plantean agilizar el procedimiento por vía privada.

Finalmente se interviene el día 2 de junio de 2017, reseca adenopatía para aórtica de aproximadamente 20x10 mm y adenopatía iliaca de 10x10mm.

La evolución es buena desde el punto de vista médico-quirúrgico. Se decide alta y control ambulatorio

- Con fecha 24 de septiembre de 2017 acude a su Centro de Salud y refiere por primera vez parestesias en EII, que ya habían sido notificadas a su médico del HUC (folio n.º 127)

- En consulta de Urología para revisión, de 9 de octubre de 2017, la paciente describe parestesias en pelvis izquierda y muslo izquierdo. No puede estar sentada por dolor en suelo pélvico

- De nuevo refiere en su Centro de Salud con fecha 11 de diciembre de 2017 que lo que padece actualmente es dolor punzante en pelvis y muslo izquierdo, y que encuentra alivio parcial con paracetamol. El 15 de enero de 2018 las parestesias y disestesias se localizan en ingle izquierda y parte externa de muslo del mismo lado, y siente como si tuviera descargas eléctricas

- Con fecha 16 de febrero de 2018 es vista en la Unidad del Dolor (remitida por Oncología médica) por dolor neuropático en pelvis y pierna izquierda posterior a la Linfadenectomía iliaca izquierda, donde se recoge: Dolor caracterizado por anestesia en pelvis y muslo izquierdo desde octubre de 2017, y que posteriormente inicia dolor intenso con calambres, pinchazos e hiperalgesia al roce de la ropa y pérdida de fuerza de muslo izquierdo (folio n.º 156).

La sospecha diagnóstica es Dolor neuropático en el territorio del nervio Femorocutáneo. Se realiza Bloqueo diagnóstico/terapéutico del nervio afectado guiado por ecografía.

- Con fecha 23 de febrero de 2018 es vista en Rehabilitación, derivada por su MC. Se decide inicio con Fisioterapia, que comienza el 11 de abril de 2018. El 4 de septiembre del mismo año, refiere encontrarse mejor (folio n.º 198).

3. 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, el reciente Dictamen 407/2019, de 14 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).

4. Pues bien, consta en el expediente informe del SIP, del que, una vez analizada la historia clínica de la reclamante, y en virtud de los informes evacuados durante el presente procedimiento, cabe realizar las siguientes consideraciones:

Dado que el objeto de la reclamación es el dolor neuropático en territorio del nervio Femorocutáneo derivado de la cirugía de RTU realizada a la interesada el 2 de junio de 2017, han de plantearse, como bien ha hecho la Propuesta de Resolución, dos cuestiones: por un lado, si la intervención quirúrgica estaba indicada y se realizó correctamente, y, por otro, si la paciente fue adecuadamente informada de los riesgos de la intervención quirúrgica.

1) Respecto de la primera cuestión, debe a su vez distinguirse:

- La indicación de la intervención a la que fue sometida la reclamante.

En este sentido, tal y como ha informado el Jefe de Servicio de Urología del HUC con fecha 25 de octubre de 2018 [Dr. (...)], la necesidad de ser intervenida de RTU de la paciente venía dada, a la vista de las pruebas realizadas, por diagnóstico de Adenomegalia retroperitoneal izquierda de nueva aparición, que se confirma mediante la realización de PET-TAC con máxima prioridad, y resultado de Acúmulos

patológicos sugestivos de enfermedad macroscópica maligna en ganglios iliacos externos.

Ante los hallazgos encontrados, el Comité de Tumores Urológicos decide la indicación de RTU vesical y Linfadenectomía retroperitoneal izquierda para-aórtica junto con linfadenectomía iliaca izquierda por recidiva del carcinoma.

A este respecto se informa por el Jefe de Servicio de Urología del HUC que, «Aproximadamente el 80% de los pacientes que experimentan recurrencia de la enfermedad después de la nefroureterectomía, mueren dentro de los dos años posteriores a la recurrencia. La mayoría de las recurrencias de la enfermedad se pueden producir dentro de los 2 a 3 años después de la cirugía, la recurrencia de la enfermedad puede ocurrir en cualquier momento. Estos factores deben considerarse en la asesoría del paciente y la estratificación de riesgos para la toma de decisiones de tratamiento de rescate. El beneficio terapéutico de la linfadenectomía depende de sus características, específicamente, el número de ganglios linfáticos extirpados y la densidad nodal se han identificado como factores pronósticos para una mejor supervivencia».

Por todos estos factores, se concluye que la intervención estaba correctamente indicada, tal y como afirma el SIP en su informe (folio n.º 30)

- La adecuación a la *lex artis* del procedimiento quirúrgico.

A este respecto se informa por el SIP, tras recoger los datos del informe de Urología, de que la intervención realizada el 2 de junio de 2017 constó de tres tiempos:

En el primero se realiza Cistoscopia que revela lesión en retrocuello-techo vesical, plana y friable de 15 mm aprox. Se realiza RTU-V monopolar de lesión descrita con electrocoagulación posterior.

En un segundo tiempo se realiza Linfadenectomía retroperitoneal paraaórtica izquierda laparoscópica. Se localiza adenopatía para-aórtica de 20x10mm aprox. Que se reseca.

En un tercer tiempo quirúrgico se realiza Linfadenectomía iliaca izquierda laparoscópica. Se localiza adenopatía iliaca de aprox. 15X10 mm que se reseca.

Al respecto se explica en tal informe que estas técnicas quirúrgicas son de alto nivel y complejidad en un territorio donde se encuentran los grandes vasos como la aorta y la cava, y toda la red nerviosa sensitiva y motora procedente de la columna, pero, sin embargo, del informe quirúrgico no deriva la existencia de ninguna incidencia quirúrgica que pudiera hacer sospechar que la intervención no se ajustó a



la *lex artis*, de hecho consta en la historia clínica que tras la intervención quirúrgica *«La paciente evoluciona satisfactoriamente desde el punto de vista médico-quirúrgico, manteniéndose afebril, con correcta tolerancia a la vía oral y orina clara espontánea, por lo que se decide alta y control ambulatorio».*

Cabe destacar que en la actualidad la paciente está curada tras la recidiva del carcinoma que sufría, por el que fue intervenida de RTU vesical y Linfadenectomía retroperitoneal izquierda para-aórtica junto con linfadenectomía iliaca izquierda por recidiva del carcinoma, realizada el 2 de junio de 2017, tal y como consta en el informe del Jefe de Servicio de Urología del HUC, en consulta de 3 de abril de 2018 se anota: *«citología: negativo para malignidad; analítica: normal; cistoscopia: uretra normal (...) sin signos de recidiva tumoral, resto de mucosa libre de tumor, con mucosa normal. (...) Conclusión: Sin cambios respecto de previo de fecha 7 marzo de 2018. No hay evidencia radiológica de enfermedad».*

Ello es muestra de la adecuada indicación de la intervención realizada.

Asimismo, y aunque la interesada no reclama por la asistencia derivada del tratamiento del dolor neuropático, sino por la que dio lugar a esta patología, consta en la historia clínica, cabe añadir, respecto del dolor neuropático que sufre tras aquella intervención quirúrgica, su adecuado tratamiento, a cuyo efecto el 23 de octubre de 2018 emite informe el Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del HUC (al que se adscribe la Unidad del Dolor), señalando: *«Cita de revisión el 27-06-2018: la paciente refiere un buen efecto de la técnica (bloqueo diagnóstico terapéutico de N. femorocutáneo guiado por ecografía), consiguiendo buen alivio. Se programa para realización del mismo bloqueo con radiofrecuencia. Seguir tratamiento médico y se da nueva cita de revisión».*

2) Respecto de la segunda cuestión a tratar, esto es, si la paciente fue adecuadamente informada de los riesgos de la intervención quirúrgica, procede señalar lo siguiente:

Con carácter previo a la intervención consta en el expediente que la paciente firmó el documento de consentimiento informado (DCI) (folios n.º 369 y 370). En este DCI se indica que pueden presentarse efectos indeseables que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, así como otros riesgos específicos de la intervención. Dentro de esa afectación de sistemas el daño por el que reclamó la interesada se concretó en una afectación del sistema nervioso central denominada Dolor Neuropático.

Además del DCI, específicamente, debe añadirse que en su informe, el Jefe de Urología del HUC señaló que tanto la paciente como su padre, que además es médico de profesión, fueron debidamente informados respecto a las características de la intervención, así como de la posibilidad de sufrir lesiones vasculares y nerviosas que pueden producir neuralgias, hiperestesis o hipoestesis. Son riesgos frecuentes después de este tipo de cirugías, que son muy agresivas buscando la «*supervivencia cáncer*» específica de los pacientes (folio n.º 45). Como ya se ha explicado, la cirugía conllevó una gran dificultad técnica debido a la seriedad y localización de la intervención.

Explícitamente dice: «Estas técnicas quirúrgicas son de alto nivel y complejidad en un territorio donde se encuentran los grandes vasos (aorta y cava) y toda la red nerviosa sensitiva y motora procedente desde la columna. El compromiso y las lesiones vasculares o por otro lado neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesis (aumento de la sensibilidad) o hipoestesis (disminución de la sensibilidad) son frecuentes después de estas cirugías que son muy agresivas buscando la supervivencia cáncer específica del paciente. La paciente y su padre, médico de profesión han sido debidamente informados».

Tal es la constante información a la paciente y a su padre, médico de Atención Primaria del Centro de Salud Laguna-Mercedes, al que acudía su hija, que, por un lado, consta en la historia clínica, en consulta de Nefrología de 21 de febrero de 2013, que la paciente fue remitida a tal servicio, por microhematuria, por su padre (...), constanding en numerosas ocasiones anotaciones en la historia clínica relativas a solicitudes de su padre a distintas especialidades. Y, por otro lado, el Jefe del Servicio de Urología del HUC señala en su informe lo siguiente:

- «Consulta de urología: 08-05-2013, 10:31:48 para apuntar los resultados de la intervención quirúrgica realizada en (...) el 18-04-2013. Acompañada por su padre, que es médico de profesión. Desde este momento la paciente ha sido sometida a vigilancia clínica, radiológica y analítica por el servicio de urología según recomendaciones de las guías clínicas de la Asociación Europea de Urología, la Asociación Americana de Urología, la NCCN y Oncología Médica, doblándose consultas y esfuerzos sanitarios, más allá de las agendas diarias de cada servicio».

- Añadiendo a ello: «La paciente (...) ha sido tratada y seguida según las guías clínicas de (...). Estas guías clínicas permiten diagnosticar, tratar y seguir las patologías urológicas basándose en la evidencia actual. Por motivos que van más allá de la estricta relación médico-enfermo, su padre es médico y tanto él como la paciente han tenido un trato preferencial en nuestro hospital. Las agendas de policlínica del Servicio de Urología, Nefrología y Oncología Médica han sido abiertas fuera de hora para atenderlos, informarlos y explicarles las distintas deliberaciones del Comité Uro-oncológico».

- Con carácter previo a la intervención realizada el 2 de junio de 2017 «Ante los hallazgos del PET-TAC el Comité de Tumores Urológicos decide la indicación de RTU vesical y linfadenectomía retroperitoneal izquierda para-aórtica junto con linfadenectomía iliaca izquierda. Informando a la paciente y a su padre de las decisiones del Comité el 6 de marzo de 2017 a las 13:40:01 horas».

- «En lista de espera quirúrgica para RTU-V y linfadenectomía retroperitoneal e iliaca izquierda. La familia de la paciente y ella misma plantean agilizar el procedimiento por vía privada».

Nada de todo lo expuesto ha sido desvirtuado, ni siquiera discutido en trámite de prueba ni de audiencia por la interesada.

Así pues, también desde este punto de vista la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue conforme a Derecho, pues, efectivamente, 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, tal como dispone 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 la valoración, exploración y pruebas complementarias, y, además, la paciente recibió la adecuada información al respecto, así como de las posibles complicaciones propias de la intervención, de las que sufrió las que alega en su reclamación.

Por tanto, debe concluirse la adecuación a la *lex artis* de la atención dispensada a la paciente, conclusión a la que coadyuva la jurisprudencia acertadamente citada en la Propuesta de Resolución, que entendemos que es conforme a Derecho.

5. Además, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el 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 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).

En este caso, la interesada no ha aportado al expediente prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado. Tampoco presentó escrito de alegaciones en contra de los documentos médicos recabados por la instrucción del procedimiento, tras haber sido notificado el preceptivo trámite de audiencia, limitándose a aportar documentación relativa al reconocimiento de su

grado de discapacidad a raíz de los daños sufridos como consecuencia de su patología.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

## C O N C L U S I Ó N

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