



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 30 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. 507/2019 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (60.000 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). 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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma.

También son aplicables 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 y 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.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, el interesado manifiesta en su escrito de reclamación lo siguiente:

«Que el 19 de mayo de 2017 fui intervenido de fimosis por el Servicio de Urología del Hospital (...) por el DOCTOR (...), con número de Colegiado 35/35/06735. El procedimiento previsto era realizar una circuncisión.

El mismo 19 de mayo de 2017 fui dado de alta una vez realizada la intervención quirúrgica y tenía que acudir a consulta externa de urología al CAE de Vecindario el 25 de mayo de 2017.

SEGUNDO.- Acudo a consulta para cura, pero como la intervención se realizó mal soy visitado por el DOCTOR. (...) el 11 de agosto de 2017. El cual realizó informe (adjunto copia del mismo) en donde hace constar que presento edema prepucial importante, ligera dehiscencia de puntos, dolor controlado por aines. Además de pequeña quemadura en extremo proximal de glande.

A los pocos días desarrolla tejido fibrótico en cara ventral base glande, realizándose curas.

Sigue afirmando dicho DOCTOR que se evidencia deformidad y asimetría en cortejo herida quirúrgica, con bordes de prepucio irregulares. Cicatrización correcta y epitelización de toda la zona. Quedando base glande con prepucio asimétrico, borde ventral "en culo de pollo" con dolor a exploración.

A la exploración final del proceso, presenta estenosis prepucial que le impide retracción completa de prepucio con dolor dejando marca visible en zona media del glande. Así como erecciones dolorosas y eyaculaciones menos potentes que antes. También refiere alteración chorro miccional: goteo y chorro en "abanico".

Al día de la fecha continuo igual, orinando mal y no pudiendo tener relaciones sexuales con mi pareja».

2. El interesado solicita una indemnización de 60.000 euros, pues considera que a causa del mal funcionamiento de los servicios sanitarios dependientes del SCS, el cual se concreta en la inadecuada realización de la referida intervención quirúrgica, se ve imposibilitado para mantener relaciones sexuales, tiene que orinar sentado y continúa sufriendo dolores en su pene.

3. Por último, es necesario realizar una aclaración que se desprende de la documentación adjunta al expediente con la finalidad de exponer los hechos de forma veraz. (...) es enfermero, que no médico, del Centro Penitenciario en el que se encontraba el interesado en el momento de formular la reclamación y cuando se produjeron los hechos, lo cual no sólo se afirma en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), y en el informe del Servicio, sino que incluso en el informe que adjunta el interesado a su reclamación se puede observar que la palabra «*médico*» está tachada y que dicho informe se elaboró con ocasión de una consulta concertada de enfermería del Centro Penitenciario Las Palmas II (página 6 del expediente).

III

1. El procedimiento comenzó el día 16 de mayo de 2018, a través de la presentación de la reclamación efectuada por el interesado, acompañada de diversa documentación.

2. El día 2 de julio de 2018, se dictó la Resolución núm. 1.906/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por el interesado.

3. El presente procedimiento cuenta con la totalidad de los trámites preceptivos, incluyendo el informe del SIP y el informe del Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), se acordó la apertura del periodo probatorio, sin que se practicara prueba alguna, y se le otorgó el trámite de vista y audiencia al interesado, quien no presentó escrito de alegaciones.

El día 22 de noviembre de 2019 se dictó una primera Propuesta de Resolución, acompañada del Borrador de la Resolución definitiva y el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, el día 18 de diciembre de 2019 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, habiendo vencido el plazo resolutorio tiempo atrás, que es de seis meses, lo que no obsta para resolver expresamente al existir deber legal al

respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los económicos que pudiera comportar (arts. 21 y 91.3 LPACAP).

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, por considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

En dicha Propuesta se afirma en relación con la cuestión de fondo, teniendo en cuenta la totalidad de informes incorporados al expediente, incluidos los aportados por el propio interesado que:

«Junto con la reclamación aporta informe de 11 de agosto de 2017 suscrito por enfermero que presta sus servicios en Centro Penitenciario, así como por médico del citado Centro penitenciario no identificado en los que se basa, en esencia, la reclamación señalando que “persiste la fimosis e imposibilidad para la erección completa sin dolor”.

Sin embargo, tales afirmaciones se ven refutadas en el expediente a la luz de la Historia Clínica y por los informes del Servicio de Urología e Inspección y Prestaciones constando que el 8 de mayo de 2018 es valorado en el Hospital Insular por especialista en Urología en cuya valoración se objetiva : “(...) glande descubierto sin dificultad, meato de buen calibre y testes y escroto normales. No dolor a la palpación. Mínimos restos de piel redundante (...) piel íntegra de buen aspecto (...)”.

Se concluye pues que no “se objetiva afectación alguna en relación con la circuncisión realizada”» (Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, folios 16 y 17).

2. Con carácter previo al análisis sobre el fondo de este asunto, a los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero y 341/2019, de 3 de octubre), 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. En el presente caso, tal y como alega la Administración sanitaria, el interesado no ha logrado demostrar que la intervención quirúrgica se hubiera realizado de forma incorrecta y contrariamente a la *lex artis* y, además, tampoco ha logrado probar que de la misma haya surgido daño alguno, pues solo presenta dos informes elaborados por personas que carecen de toda cualificación profesional en materia de urología, están elaborados por un enfermero y un médico, cuya identidad y especialidad médica, si la tiene, se desconoce por completo.

Así mismo, el SCS demuestra a través de la exploración del interesado llevada a cabo por especialista en urología que los resultados de la intervención son los

perseguidos por tal tipo de cirugía y que el afectado no presenta daño alguno derivado de ella. En el informe del Servicio se afirma que «Ante lo expuesto respondo:

1. Que las alteraciones de la dinámica urinaria y de la eyaculación no se ven alteradas tras realizar circuncisión.

2. Es valorado nuevamente por la FEA Dr. (...) el día 7 de marzo del 2018 por ídem sintomatología revelando al examen físico glándula descubierta sin dificultad, meato uretral de buen calibre, testes y escroto normal, sin dolor a la palpación con mínimos restos de piel en cara ventral del pene que, según el paciente le duelen mucho, se descarta indicación de segunda intervención».

Además, con base en lo ya expuesto en los antecedentes de hecho, en relación con la cuestión relativa a la cualificación profesional de quienes elaboraron los informes presentados por el interesado, se afirma en el informe del SIP que «En el momento de presentar la reclamación el 16 de mayo de 2018 aporta informe fechado el 11 de agosto de 2017 suscrito por (...), enfermero que presta sus servicios en el Centro Penitenciario donde se encontraba el reclamante.

Informe fechado el 22 de septiembre de 2017 por médico del centro penitenciario, no identificado».

4. Por otra parte, en este caso también es necesario, aunque no lo ha planteado el reclamante, hacer referencia al documento correspondiente al consentimiento informado de la intervención quirúrgica referida, que se incorpora al expediente en su página 36, pues como ha señalado este Consejo Consultivo en otras ocasiones, por ejemplo, en el Dictamen 534/2018, de 27 de noviembre:

«Este Consejo, en cumplimiento de su función consultiva, de acuerdo con dispuesto en su Ley reguladora, ha de examinar la legalidad de la actuación de las administraciones públicas canarias en las reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 6.000 euros [art. 11.1.D.e) LCCC], lo que significa que no solo ha de analizar el contenido de la Propuesta de Resolución, sino también la legalidad del procedimiento y del expediente en su conjunto, por lo que puede haber cuestiones que no hayan planteado los interesados y que no haya abordado la Propuesta de Resolución.

En este caso, aunque no lo haya alegado el interesado, resulta crucial el examen del contenido del documento de consentimiento informado de la intervención quirúrgica que nos ocupa, porque este documento sí forma parte del examen de adecuación a la *lex artis* de la actuación de los servicios públicos sanitarios».

En relación con el mismo, se ha de señalar que dicho consentimiento informado es del todo deficiente, pues no consta en él información alguna acerca de la

intervención y no se especifican los riesgos propios de la intervención, las alternativas posibles a la misma, ni las complicaciones o secuelas que pudieran surgir de la misma, ni tampoco los derivados de la situación del paciente.

Pues bien, en el citado Dictamen consta la doctrina de este Consejo Consultivo en relación con el consentimiento informado, manifestándose que:

«Como de forma constante ha sostenido la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquél reciba 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.

En este sentido, la Ley 41/2002 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 de 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 ayudarlo 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 lo 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, su art. 8.2 determina que el consentimiento será verbal por regla general, salvo en los supuestos que el propio precepto excepciona (intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente). En cuanto a las condiciones de la información a los efectos de recabar el consentimiento por escrito,

el art. 10 exige que el facultativo proporcione al paciente la información básica relativa a las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales, los que resulten probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones.

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.

La interpretación que el Tribunal Supremo ha venido realizando con base en lo previsto en la Ley General de Sanidad en cuanto a la exigencia de detalles en la información que ha de darse al paciente comporta dos consecuencias fundamentales:

- La regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información.

- Esta regulación implica además que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* 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 éstas 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 éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

A todo ello ha de añadirse que una adecuada aplicación de la regulación del consentimiento informado exige no sólo que preste información sobre todos los riesgos genéricos que los tratamientos médicos generan, sino también los específicos, que han de atender a las especiales circunstancias de cada paciente, que pueden producir que tales riesgos se concreten en ellos con mayor facilidad. Estos extremos además han de ser acreditados por la Administración a los efectos de demostrar la adecuación del acto médico a la *lex artis* y su consiguiente exoneración de responsabilidad (...).

Es esencial disponer del consentimiento expreso y escrito del paciente en cualquier intervención, pero sobre todo en las quirúrgicas o invasoras y aquellas con riesgos o inconvenientes de repercusión negativa para su salud, salvo ciertos supuestos tasados en los que no incurre el presente. Y también lo es que se facilite previamente al paciente la información adecuada y correcta para que ese consentimiento sea procedente, particularmente para desplazar al enfermo los riesgos del tratamiento o intervención, siempre que se haga de modo adecuado lógicamente, de modo que deberá asumir los daños que aparezcan al aplicarse tratando de curar por ser inevitables o inherentes al mismo.

Obviamente, debiendo obtenerse consentimiento del paciente para intervenir, ha de recibir antes la información en las condiciones legalmente explicitadas y tras valorar las opciones propias del caso, lo que incluye no sólo la idoneidad curativa de la intervención planteada y, por supuesto, en qué va a consistir y, además, las alternativas que existieren para tratar la enfermedad o para la realización de aquélla, sino los riesgos que comporta de fracaso o de daños, tanto los generales de toda operación, como los particulares de la que se propone, sean frecuentes o, en todo caso, típicos, siempre teniéndose en cuenta los antecedentes y condiciones o estado de salud del paciente y los medios disponibles (...).

Y es que, como se señaló anteriormente, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar

de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquélla reciba 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.

La Ley 41/2002 no solo 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, sino que añade, en el art. 8 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 art. 4, haya valorado las opciones propias del caso».

Por ello, resulta relevante en el consentimiento informado la referencia a las alternativas posibles, máxime, en un caso como el presente en el que, nos hallamos ante una intervención debido a una enfermedad degenerativa articular, que podía aumentar el riesgo de complicaciones posteriores, como de hecho sucedió.

Sólo de esta manera el consentimiento informado resulta título jurídico que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. 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, en este caso, al ser de tal manera insuficiente el consentimiento informado, puede hablarse de carencia del mismo, con lo cual nos hallamos ante una infracción de la *lex artis* que lesiona su derecho de autodeterminación del paciente».

Esta doctrina resulta plenamente aplicable a este caso.

5. No obstante, también resulta ser de aplicación lo que se continúa señalando en el referido Dictamen en cuanto a que la ausencia del consentimiento informado, o los supuestos en los que se dan deficiencias como la advertida, no conllevan necesariamente el derecho a una indemnización.

Al respecto se señala en el Dictamen que «Resumiendo esta doctrina jurisprudencial en nuestros Dictámenes 59/2014, de 26 de febrero, y 397/2015, de 29 de octubre, dijimos:

(...) la omisión del consentimiento informado documentado por escrito a una intervención quirúrgica no da por sí solo derecho a una indemnización. Para que surja éste es

necesario que se haya causado un daño al paciente, bien debido a que se incurrió en negligencia profesional, bien porque, aun procediendo correctamente, se haya materializado un riesgo iatrogénico inherente a la intervención, de cuya eventualidad no había sido informado el paciente y por ende no lo había aceptado por medio de su consentimiento».

En este caso, como ya se refirió, no se ha demostrado que la intervención hubiera causado daño alguno al paciente y, por tanto, las deficiencias del consentimiento informado no dan derecho a indemnización alguna.

6. Además, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 2/2020, de 9 de enero), que según el 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).

En definitiva, en este caso, se ha probado suficientemente que se han empleado todos los medios y técnicas sanitarias disponibles de forma correcta y en función de los síntomas que presentaba el afectado, sin que por el interesado se haya acreditado, a la luz de las pruebas presentadas y practicadas, que se haya ocasionado el daño por el que se reclama, lo que nos lleva a la conclusión de que la asistencia sanitaria prestada se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*.

Por todo ello, se puede concluir afirmando que no concurren los requisitos necesarios para poder imputar la Administración sanitaria la responsabilidad patrimonial reclamada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, es conforme a Derecho con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.