



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 500/2020

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 26 de noviembre de 2020.

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. 452/2020 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por oficio firmado el 25 de octubre de 2020, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 28 de octubre de 2020) por el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. En este asunto la cuantía reclamada asciende a 10.000 euros, por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

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. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la reclamante la condición de interesada al haber sufrido un daño por el que reclama (perforación de útero y de intestino) tras la histeroscopia quirúrgica [art. 4.1, letra a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, LPACAP].

Por otro lado, corresponde al Servicio Canario de la Salud la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación el 8 de mayo de 2019, habiéndose producido la intervención quirúrgica el 17 de septiembre de 2018.

6. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la citada 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 citada Ley 11/1994 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; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

1. La interesada presenta reclamación el 8 de mayo de 2019 en la que expone los siguientes hechos:

- Que con fecha 17 de septiembre de 2018, fue intervenida en el hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) de mioma submucoso y menometrorragia, mediante histeroscopia.

- Tras nueve horas de la intervención, sufre una importante hemorragia, por lo que acude a Urgencias, quedando ingresada por perforación uterina e intestinal producida por la histeroscopia.

- A pesar de proceder a la reparación del útero e intestino se le ha ocasionado un perjuicio grave en su salud y calidad de vida, continuando, en la actualidad, con secuelas derivadas de esa perforación.

El objeto de la reclamación es la mala *praxis* en la intervención quirúrgica realizada, por sufrir una perforación de útero e intestino, y no ser advertida por el personal

Cuantifica la indemnización que solicita en 10.000 euros.

2. Al objeto de aclarar los hechos por los que se reclama, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) efectúa la siguiente relación de los mismos:

- La señora paciente de cuarenta y cinco años, madre de un hijo sano, acude a primera visita ginecológica el 13 de junio de 2018 por metrorragias desde hace seis meses. Realizan valoración general y ginecológica y tras ECO trasvaginal refieren que presenta: «*útero en anteflexión con mioma submucoso de 22x 13 mm, ovarios normales, no líquido libre*». Plan de acción anotan en historial: «*incluyo en lista de espera quirúrgica para miomectomía histeroscópica, Anchafibrim si precisa*».

- El 13 de junio de 2018 la paciente firma documento de consentimiento informado para la intervención cirugía sin ingreso. Esta cirugía se realiza de forma ambulatoria.

- El 17 de septiembre de 2018 ingresa en Servicio de Ginecología del HUNSC, de forma programada, para resección histeroscópica de mioma submucoso. Firma consentimiento informado para intervención. Se procede a histeroscopia quirúrgica y resección de mioma submucoso.

En la hoja quirúrgica se expone que presenta mioma submucoso GI (grado I) de 3 cm en cara anterior, en el 1/3 inferior. Se realiza «*resección histeroscópica, y legrado de cavidad endometrial*». Técnica resección por debajo de mucosa endometrial. Se envía muestras a Anatomía Patológica, como incidencias se anota desgarro del labio anterior, sutura del mismo.

No signos de sangrado u otro problema según informa la historia clínica, según hojas quirúrgicas, se observa la no existencia de incidencias. En el mismo día alta hospitalaria.

El Servicio de Anatomía patológica del HUNSC recibe muestra de endometrio el 17 de septiembre de 2018 y el 26 de septiembre se detallan los resultados. Hallazgos concordantes con leiomioma submucoso. Sin signos de malignidad.

- El 18 de septiembre de 2018 se realiza por el Servicio de Cirugía hospitalaria de Ginecología llamada telefónica a la paciente, de control, a las 08:48 horas, y el

marido contesta que la paciente es intervenida de urgencias a las 6 de la mañana del mismo día por fisura de útero y que está ingresada.

A su vez, en historial clínico del Servicio de Urgencias anotan el día 18 de septiembre de 2018 a las 09:38 horas, que la paciente acudió a urgencias por dolor abdominal *«tras nueve horas aproximadamente de intervención quirúrgica realizada esta mañana para resección de mioma submucoso Grado I de 3 cm»*.

Es valorada en urgencias por Ginecólogo. Explica la paciente que sufre dolor súbito, posteriormente sensación disneica y dolor que irradia a hombro derecho, afebril.

La ECO TV indica útero en anteflexión con imagen intracavitaria de 20x20 con áreas hiperecogénicas en su interior, probablemente secundario a la resección de mioma, ovario derecho normal y el izquierdo no se visualiza, escasa cantidad de líquido libre. El abdomen explorado es: depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda con signos de irritación peritoneal, el Hemograma, la Rx de tórax y abdomen sin datos de interés, se realiza TAC en el que se demuestra perforación uterina con solución de continuidad de 19 mm en cara anterior con presencia de Neumoperitoneo y Hemoperitoneo.

Diagnóstico al ingreso: perforación uterina tras Histeroscopia quirúrgica. Se entrega consentimiento informado para Laparotomía, se traslada a quirófano. Tras la cirugía de urgencias se realiza definitivo diagnóstico de perforación uterina y de intestino delgado: *«reparación de intestino delgado y cierre de perforación uterina»*.

- El día 19 de septiembre cicatriz de Laparotomía y de Laparoscopia con buen aspecto. Sigue con buena evolución. En hoja quirúrgica del día de la intervención, 18 de septiembre de 2018 a las 09:45 h se anota diagnóstico principal: abdomen agudo, otros diagnósticos: hemoperitoneo, perforación uterina y perforación intestinal. Procedimiento: Laparotomía exploradora, Laparotomía media infraumbilical. *«Se aspiran 600 cc de hemoperitoneo y se toma muestra para cultivo. Revisión de cavidad, se sutura defecto de fondo uterino. Revisión de asas de intestino, se repara perforación de intestino delgado, se sutura, lavado abundante de la cavidad abdominal, colocación de drenaje, drenaje a fosa iliaca derecha. Cierre de fascia y de piel. Se observa la perforación circular bien definida de 2 cm en fundus, útero. De las mismas características perforación en asa de intestino delgado de 1,5cm, exploración general abdominal sin más patologías, no se observan signos de peritonitis, profilaxis antibiótica IV»*.

Posteriormente, tratamiento antibiótico y de soporte. Ingreso posterior en planta de Ginecología donde va evolucionando y el día 22 de septiembre de 2018 ya se

encuentra mejor, defecación normal, mejoría de parámetros analíticos y de clínica. Progreso dieta.

La paciente sigue evolución y controles. El 25 de septiembre *«evolución favorable inicio antibioterapia vía oral y se retira drenaje»*.

El 27 de septiembre es dada de alta hospitalaria con informe, tratamiento médico para casa, indicaciones de reposo y el 30 de octubre cita en patología endometrial para conocer el resultado de Anatomía Patológica y valoración. Cita con médico cabecera y analítica sangre en un mes.

El 3 de diciembre ECO abdominal de urgencias por dolor abdominal, se observa quiste anexial y tras estudio en marzo de 2019 se determina éste específicamente como pseudo quiste peritoneal anexial derecho que engloba ovario derecho. Ambos ovarios son normales. *«Se explica a la paciente y que lo recomendable es actitud expectante»*. La paciente sigue con menstruaciones, ya más o menos normalizadas desde el mes de octubre de 2018.

III

1. En el procedimiento de responsabilidad patrimonial, constan las siguientes actuaciones:

- La reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone por la interesada, como ya se ha señalado, el 8 de mayo de 2019.

- Mediante Resolución del Director del SCS, de 19 de mayo de 2019, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación y se solicita informe al SIP. Dicha Resolución se notifica a la interesada el 3 de junio de 2019.

- El 13 de julio de 2020, el SIP emite informe (folios n.º 19 y ss.) a la vista de la historia clínica de la reclamante y del informe preceptivo (Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUNSC) (págs. 301-302).

- El 19 de julio de 2020, se dicta Acuerdo Probatorio, admitiendo los medios probatorios propuestos por las partes. Así, por parte del SCS se admiten el informe del SIP, de 13 de julio de 2020, el Informe emitido por la Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUNSC (folio n.º 301) y la Historia clínica; por parte de la interesada se admite la documental consistente en la documentación aportada junto a la reclamación inicial y la historia clínica completa.

- El 20 de julio de 2020, se remite a la interesada Acuerdo Probatorio (notificado el 19 de agosto de 2020, tras un intento previo fallido) y trámite de Audiencia (notificada el 20 de julio de 2020). Finalizado el plazo de diez días para realizar las alegaciones que se estimen oportunas, la interesada no aporta escrito de alegaciones, ni documentación alguna.

- La Asesoría Jurídica Departamental no emite informe, basándose en que únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. Las consecuencias de una intervención quirúrgica, reconocidas en el documento de consentimiento informado, es una cuestión tratada en diversos informes de la Asesoría Jurídica Departamental, entre otros, el Informe AJS 189/17-C (ERP 103/15).

- La Propuesta de Resolución del Secretario General del SCS desestimatoria de la reclamación presentada por (...) es de fecha 22 de octubre de 2020.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin embargo, aun expirado éste, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, partiendo de la valoración conjunta de la prueba practicada en el expediente administrativo. Se concluye a la vista de los informes médicos, que se eligió el procedimiento quirúrgico (histeroscopia) más adecuado a la patología de la paciente (miomas submucosos), dando información completa tanto oral como escrita a la paciente, conociendo las consecuencias que podía sufrir. Las complicaciones que sufrió finalmente la paciente (perforación uterina e intestinal), están contempladas en el consentimiento informado que firmó para la intervención (páginas 92 y 180 del expediente administrativo) y fueron solucionadas adecuadamente una vez advertidas tras los síntomas que se evidenciaron en la paciente.

2. 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, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

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

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

3. En relación con lo anterior y sobre la atención médica prestada a la reclamante, el informe del SIP llega a las siguientes conclusiones:

«1.- La causa de la miomectomía es un tumor miomatoso sangrante en la pared del útero. La extirpación del mioma es el tratamiento correcto al caso clínico. El tipo de intervención realizado es correcto igualmente. Diagnóstico y tratamiento efectuado son acertados.

Los miomas submucosos, pegados a la pared del útero, se encuentran localizados parcial o totalmente dentro de la cavidad uterina; su incidencia es alrededor del 10 %, pero a pesar de esta relativa baja incidencia, los síntomas derivados de su presencia, son la principal causa para tratarlos. Han sido implicados como causa de sangrado uterino anormal (SUA), infertilidad, pérdida recurrente de la gestación y dolor pélvico, entre otras.

La paciente y reclamante (...) se le realiza Histeroscopia quirúrgica el 17 de septiembre de 2018 y en el curso de tal exploración se extirpa el mioma submucoso, es realizada por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUNSC.

No hay incidencias ni en la cirugía ni posteriormente a ésta. No se observa sangrado tras extirpación.

2.- Pero, a las 9 horas de la intervención quirúrgica, la paciente, ya en su domicilio, acude al Servicio de Urgencias del CHUNSC con dolor abdominal súbito.

Tras valoración es diagnosticada de perforación uterina y perforación intestinal el día 18 de septiembre de 2018 siendo intervenida de urgencias para cerrar dichas soluciones de continuidad. Estas actuaciones fueron rápida y correctamente efectuadas tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

3.- Con los datos aportados en historia clínica, informes y reclamación de la señora reclamante no se demuestra mala praxis en las actuaciones quirúrgicas y medicas efectuadas.

La señora reclamante firmó documento de consentimiento informado para dicha intervención, previamente a la intervención, como consta en historial clínico del CHUNSC el 13 de junio de 2018.

En dicho documento se refiere la patología que padece, la indicación del procedimiento que se realiza, refiriendo las complicaciones específicas de la técnica. Entre estas se encuentra la perforación uterina.

Debido a la perforación uterina se produce la perforación intestinal, la perforación intestinal es consecuencia y necesita de la uterina previa.

4.- Con el auge de la cirugía mínimamente invasiva y sus evidentes ventajas encontramos que la tasa de complicaciones secundarias a la miomectomía histeroscópica es baja, con una incidencia global que oscila entre 0,75 % y 3%, con tasa de complicaciones inmediatas del 2% (tanto por ciento valora el total de complicaciones de todo tipo).

La complicación de perforación uterina puede producirse antes de la histeroscopia al dilatar el cérvix, durante la histeroscopia o después, al evacuar los restos de mioma.

La mayoría de estos traumatismos no comportan hemorragias uterinas de gravedad ni lesiones en otros órganos vecinos.

Se necesita, asimismo, la perforación uterina para producir daño en el intestino cercano o en otras localizaciones posibles pero de muy baja frecuencia de presentación.

Según los porcentajes especificados previamente, la perforación uterina representará por sí misma menos del 2% de las complicaciones de todo tipo que pueden ocurrir, y que están contempladas en el consentimiento informado, y por lo tanto muy por debajo del % resultante para frecuencia de perforación uterina estará la frecuencia de presentación de la perforación intestinal, que es muy rara, y no se contempla en los consentimientos informados por la muy baja frecuencia.

El daño primario, la génesis, es la perforación uterina.

No se demuestra, según entiende este Servicio de Inspección, la existencia de mala praxis».

4. En efecto, 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.

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.

En este caso, lo anterior implica que, como aquí ocurrió, durante la intervención quirúrgica se pueden producir diversas incidencias sobre las que se informó previamente a la reclamante, concretamente sobre la posibilidad de una complicación específica de la técnica empleada como es la perforación uterina y la hemorragia uterina que sufrió la paciente, requisito necesario y previo -como informa el SIP- para la perforación intestinal, siendo esta última consecuencia de la anterior y que se produce en un porcentaje muy bajo, constanding tal complicación de perforación uterina y hemorragia en el apartado 2, c) y d) del documento de consentimiento informado, que obra en el expediente (folios 92 y 93), firmado por la interesada el 13 de junio de 2018.

Consecuentemente, la reclamante, prestando su consentimiento a la realización de la intervención quirúrgica, con carácter previo a su ejecución y con pleno conocimiento de los posibles riesgos, específicamente sobre las posibles complicaciones de la técnica empleada, aceptaba los beneficios de la intervención, pero también sus posteriores riesgos y complicaciones.

Así, este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares, como en el Dictamen 117/2019, de 4 de abril, aplicable también a este caso, que:

«Por lo tanto, lo acontecido supone la producción efectiva de uno de los riesgos que se incluían en dicha documentación, sin que se pruebe por la interesada que se deba a una mala praxis, como ya se manifestó, ni que los servicios sanitarios no intentaron evitarlos y paliar sus consecuencias con la totalidad de los medios de los que dispone el SCS.

En relación con ello, este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente, siguiendo la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia que la regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a la «lex artis ad hoc», será asumida por el propio paciente (por todos, DDCC 576/2018 y 49/2019)».

5. En definitiva, en este caso, la reclamante no ha aportado prueba que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado, por lo que no ha aportado prueba alguna que desvirtúe las conclusiones de la Administración y permita fundamentar la responsabilidad de ésta. Igualmente, el daño sufrido por la reclamante no es antijurídico, por ser complicaciones derivadas de la cirugía, posibles y previamente informadas a la paciente, a través del consentimiento informado que ella mismo firmó.

Por todas estas razones, 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 de responsabilidad patrimonial presentada por (...), resulta conforme a Derecho.