



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 7 8 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de abril de 2021.

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. 132/2021 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 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. En este asunto la cuantía reclamada asciende a 201.108,91 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.

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

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

de las Administraciones Públicas (LPACAP) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

También son aplicables 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.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, procede transcribir lo manifestado en el Dictamen 447/2020, de 4 de noviembre, emitido por este Consejo Consultivo en relación con este asunto, en el que se manifestó lo siguiente:

«Que el día 26 de octubre de 2018 la especialista en neumología del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), que atiende normalmente al interesado, solicitó la realización de un estudio hemodinámico pulmonar (cateterismo cardíaco derecho) por sospechas de que podía padecer hipertensión pulmonar.

El día 8 de noviembre de 2018, habiendo firmado previamente la documentación correspondiente al consentimiento informado del cateterismo cardíaco mencionado, en la que hizo constar que su doctora le indicó que debía suspender temporalmente su tratamiento de anticoagulantes para poder llevarse a cabo la mencionada prueba, se le efectuó el cateterismo cardíaco derecho, empleando la vena femoral derecha, sin incidencia alguna.

Al finalizar dicha prueba diagnóstica, el interesado alega, en su escrito de reclamación, que el Dr. (...), el hemodinamista que le atendía, “me comenta que tenía dudas y que, ya que estaba allí, iba a penetrar con punción el brazo derecho. Aseguro que en ningún momento me comentó que este cateterismo iba a ser realizado por la arteria radial derecha”.

El facultativo, tras ello, procedió a realizar un segundo cateterismo, pero siendo este un cateterismo cardíaco izquierdo en el que se efectuó la punción referida en la arteria radial derecha. El interesado continúa relatando en su escrito de reclamación que, durante la realización del segundo cateterismo, perdió la visión de su ojo derecho, lo que comenta de inmediato a los facultativos que realizaban la prueba diagnóstica.

Una vez finalizada la prueba y ante lo ocurrido, en la sala de recuperación hemodinámica, acude el mencionado especialista acompañado de dos doctores, un neurólogo y un oftalmólogo, que le hacen diversas pruebas, incluido un TAC cerebral. El neurólogo consideró que podía ser posible que lo acontecido se debiera a una trombosis de la arteria retiniana y el oftalmólogo, por el contrario, manifestó que podría estar debido a una neuropatía óptica isquémica.

Al día siguiente, cuando ya se le había dado el alta médica acudió al Servicio de Oftalmología del HUNSC para que se le realizaran nuevas pruebas y, además, se le citó para efectuar nuevas pruebas neurológicas para el día 10 de diciembre de 2018, pero como el interesado consideró que era un tiempo de espera excesivo decidió acudir al ámbito privado, a (...), donde tras las pruebas correspondientes el oftalmólogo de dicho Hospital le manifestó que lo que realmente se había producido era una embolia de la arteria central de la retina, explicándole que tras seis días de evolución es imposible tratar dicha patología y que la pérdida de la visión de su ojo derecho es permanente y absoluta.

Posteriormente, fue tratado por diversos especialistas en oftalmología y neurología del ámbito privado y del HUNSC, que confirman la pérdida de la visión de su ojo y que consideran unos que el origen del daño padecido está en una neuropatía isquémica y otros en una embolia retiniana.

Por último, el interesado solicita una indemnización de 201.108,91 euros, por considerar que ha habido mala praxis médica al realizarle un segundo cateterismo el día 8 de noviembre de 2018 sin efectuar un estudio y sin consentimiento informado previos. Además, considera que no hubo una respuesta adecuada e inmediata a su dolencia lo que también implica una deficiente atención médica, causas directas de su padecimiento.

2. En este caso, es preciso completar el relato de los hechos efectuados por el interesado con lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP):

«3.- El 8 de noviembre de 2018 se realiza la primera punción, en la vena femoral derecha. Se realiza cateterismo derecho e izquierdo, sin incidencias. También se realiza una segunda punción en brazo derecho, en la arteria radial derecha. El paciente indica al Médico Hemodinamista que tiene visión borrosa/pérdida de visión por ojo derecho. Son avisados los Médicos Neurólogo y Oftalmólogo. También se realiza TAC craneal.

Tras la exploración el Médico Neurólogo sugiere una posible trombosis de la arteria central retiniana versus neuropatía óptica isquémica anterior. Por su parte el Médico Oftalmólogo observa una vascularización estable sin signos de trombosis retiniana y sin alteraciones relevantes. Ello es comentado con los Médicos Neurólogo y Cardiólogo. La TAC de cerebro sin contraste urgente, también resulta sin hallazgos relevantes. Cardiología recomendó al paciente ingresar en el hospital para observación desde el punto de vista neurológico ya que se impresiona Neuritis Óptica. Pero el paciente prefiere completar el estudio de pruebas (Doppler preferente de Troncos Supraaórticos (TSA) y Potenciales Evocados Visuales (PEV) de forma ambulatoria. Se procede al Alta. (Fuente: En Historia Clínica. Anotación del Facultativo de guardia de Cardiología, en fecha: 08-nov-2018, a las 13:58)

4.- El 9 de noviembre de 2018, acude al Servicio de Oftalmología para la realización de las pruebas. Se solicita interconsulta con el Servicio de Neurología, para el día 10 de diciembre de 2018 quien solicita Potenciales Evocados Visuales.

5.- El paciente acude al ámbito de la sanidad privada el día 14 de noviembre de 2018. El Médico Oftalmólogo de (...) indica - en nota manuscrita - cuadro de embolia de la arteria central de la retina de ojo derecho de 6 días de evolución posiblemente asociada a Neuritis óptica anterior, con escasas o nulas posibilidades terapéuticas. Se Pauta - al igual que en el Servicio de Oftalmología del HUNSC - Doppler de Troncos Supraaórticos.

6.- Asimismo, el día 22 de noviembre de 2018, es valorado por Neurología de (...). Se solicitan pruebas de Potenciales Evocados Visuales (PEV). El resultado fue (informado el 27-11-2018) de: Ausencia de respuesta cortical P100 en el ojo derecho (neuropatía óptica).

7.- El día 7 de diciembre de 2018, la Ecografía Doppler de Troncos Supraaórticos de (...) informó que no se observaron alteraciones hemodinámicas que sugiriesen obstrucción o estenosis, arterias vertebrales con flujos normales, arterias carótidas con calibres normales, sin imágenes de estenosis y flujos velocidades, espectros e índices normales.

8.- El 29-11-2018, el Médico Oftalmólogo de (...), en nota manuscrita, indica que en la exploración realizada el 14-11-2018 se detectó embolia de la arteria central de la retina en ojo derecho con neuropatía secundaria. En la actualidad la agudeza visual es de punto de luz por dicho ojo, con atrofia papilar. La agudeza visual anterior al cateterismo en ambos ojos era de 1.0 en la revisión efectuada, en fecha: 17 de octubre de 2018. El 1,0 corresponde a una persona que alcanza el 100% de agudeza visual. (Nota del Médico Oftalmólogo de (...) de fecha: 10-12-2018.)

9.- El día 10 de diciembre de 2018 acude a consulta programada en el Servicio de Neurología del HUNSC con las pruebas realizadas, y se emite diagnóstico de neuropatía óptica isquémica en ojo derecho, versus embolismo retiniano.

10.- El día 22 de enero de 2019, el paciente acude de nuevo al Servicio de Oftalmología del HUNSC para resultado de las pruebas realizadas. El juicio diagnóstico es infarto arterial central de la retina de ojo derecho, neuritis óptica isquémica (no se descarta). Al respecto se realiza Informe el 25-01-2019».

El citado Dictamen 447/2020 concluyó resolviendo la procedencia de retrotraer las actuaciones, para que antes de entrar en el fondo se solicite «un informe complementario del Servicio de Oftalmología del HUNSC, que atendió al interesado, acerca de cuál fue la actuación de dicho Servicio una vez que se constató la pérdida de visión del interesado, especificando si a su dolencia le era aplicable algún tratamiento para que recuperara la visión del ojo afectado o al menos paliar sus efectos, bien de los descritos por el SIP u otros, y en caso de ser la respuesta positiva, determinar si se le aplicó alguno o no».

III

1. El procedimiento comenzó el día 17 de abril de 2019, a través de la presentación de la reclamación efectuada por el interesado, acompañada de diversa documentación.

2. El día 22 de mayo de 2019, se dictó la Resolución núm. 1.232/2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por el interesado.

3. Después de la correspondiente tramitación procedimental, el día 23 de septiembre de 2020 se dictó la Propuesta de Resolución definitiva, que fue objeto del Dictamen 447/2020, ya referido, por el que se solicitó el informe complementario del Servicio de Oftalmología del HUNSC, el cual se emitió el día 17 de diciembre de 2020.

Posteriormente, se le otorgó el trámite de vista y audiencia al interesado, que formuló escrito de alegaciones.

Finalmente, se emitió una nueva Propuesta de Resolución (se desconoce su fecha).

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 nueva Propuesta de Resolución también desestima la reclamación formulada, puesto que el órgano instructor continúa considerando que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

En relación con ello, se vuelve a afirmar por la Administración sanitaria que ambos cateterismos estaban indicados y que no se registró incidencia alguna durante su realización, que la actuación médica una vez que se produjo la pérdida de visión fue adecuada e inmediata y que, por tanto, toda la actuación sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*.

En cuanto a la cuestión relativa a la falta de consentimiento informado, se afirmó en el Dictamen anterior acerca de la postura de la Administración sanitaria en lo que se refiere a esta cuestión que « (...) se deduce de lo expuesto en la Propuesta de Resolución al respecto, con base en los tres informes del SIP, que, en cuanto al primer cateterismo consta la correspondiente documentación relativa al consentimiento informado

firmada por el propio interesado, pero no en relación con el segundo cateterismo, puesto que sólo se observa en la documentación aportada al expediente la firma del médico y no la del paciente, pero que, pese a ello, hubo comunicación verbal entre ambos, prestando el interesado su consentimiento de forma verbal, como incluso se desprende del propio escrito de reclamación, según el parecer del SCS», parecer que sigue siendo el mismo en esta nueva Propuesta de Resolución.

2. En el presente asunto, la reclamación del interesado se basa en dos motivos, primeramente, se considera por su parte que el tratamiento de la pérdida de visión acontecida durante la realización del segundo cateterismo fue deficiente y tardío y el segundo motivo el relativo a que no prestó su consentimiento informado en lo que se refiere exclusivamente al segundo cateterismo, el cual se llevó a cabo sin que él conociera los graves riesgos de tal actuación médica.

3. En cuanto a la primera de las dos cuestiones, este Consejo Consultivo planteó una importante duda, en los siguientes términos:

«La segunda cuestión plantea una duda importante y es la relativa a la actuación, especialmente del oftalmólogo que atendió al interesado el mismo día en el que se le hizo el segundo cateterismo y perdió la visión del ojo; es decir, ante la patología que presentaba el interesado resulta importante conocer cuál fue la actuación médica que se llevó a cabo de forma inmediata para evitar que la pérdida de visión fuera irreversible o al menos paliar sus graves efectos, si es que ello era posible», razón por la que se solicitó un informe complementario del Servicio.

Este informe se emitió, como ya se dijo anteriormente, y, si bien este Consejo Consultivo solicitó que fuera exhaustivo y pormenorizado, lo cierto es que en el mismo, de forma escueta, quedó resuelta la duda planteada en los siguientes términos *«Se valora historial del paciente y en su caso no se instauró tratamiento oftalmológico debido a las escasas posibilidades de recuperación visual»*. Este informe implica, sin lugar a dudas, que la afectación de la vista del interesado se produjo de forma súbita e irreversible sin que fuera posible tratarle de la misma de forma alguna, de acuerdo con la Ciencia Médica actual.

4. En relación con esta dolencia oftalmológica se afirmó por el SIP, en su informe de 23 de octubre de 2019 (expediente anterior) que la misma, con toda probabilidad, la causa fue una neuropatía óptica isquémica, señalando que:

«La neuropatía óptica isquémica se produce cuando la sangre no fluye adecuadamente al nervio óptico, y le ocasiona daños duraderos. Al igual que en la afección de la Arteria Central de la Retina, se pierde la vista repentinamente en uno o ambos ojos.

El nervio óptico lleva señales de los ojos al cerebro. Posteriormente, el cerebro convierte estas señales en las imágenes que vemos. Cuando el flujo sanguíneo al nervio óptico se reduce o se bloquea, éste no obtiene suficiente oxígeno o nutrición. Entonces, deja de funcionar de forma adecuada y, finalmente se extingue/perece.

La neuropatía óptica isquémica puede afectar la visión central, la lateral (periférica) o ambas. Como el nervio óptico dañado no se puede reparar, cualquier pérdida de visión producida suele ser permanente.

(...) 2.- En hipótesis razonada el Servicio de Inspección considera que existió un accidente vascular por flujo sanguíneo deficitario al ojo derecho que pudo deberse a una oclusión por placas de colesterol y/u otras partículas, desprendidas, provocando un émbolo que ocluiría la llegada de flujo sanguíneo a la Arteria Central de la Retina o a una de sus ramas. Asimismo pudo suceder una oclusión de las ramas que irrigan el Nervio Óptico, surgiendo por ello una isquemia. En cualquier caso, en ambos, se desencadenaría una pérdida visual súbita en el ojo derecho del paciente».

Además, en el primer informe del Servicio de Oftalmología se afirma que «Una vez analizado el estudio del paciente y las pruebas realizadas (...) teniendo en cuenta los factores predisponentes: Edad, Diabetes, HTA, Hipercolesterinemia, Cardiopatía, enfermedades Hematológicas, Hipotensiones bruscas, Apnea del Sueño (...) y salvo mejor criterio médico me inclino como diagnóstico de Neuropatía Óptica Isquémica Anterior del OD, no teniendo que ver con el proceso invasivo cardiológico», a lo que se debe unir la información contenida en el informe complementario.

5. Estos informes permiten concluir que el interesado, quien no ha presentado elemento probatorio alguno que sirva de fundamento a sus alegaciones, no ha logrado demostrar que la causa de su pérdida de visión se debiera a las pruebas diagnósticas que se le efectuaron, por el contrario, el SCS alega, con base en los informes médicos aportados, que la causa de la misma fue neuropatía óptica isquémica anterior, dolencia que con toda probabilidad pudo haberse producido por los antecedentes médicos del propio interesado.

Además, tampoco se ha probado por el interesado que existiera tratamiento alguno para esta dolencia, que según los informes médicos referidos es súbita e irreversible.

Por tanto, no se ha probado mala praxis médica en lo que se refiere a la realización concreta de las pruebas diagnósticas realizadas, ni al tratamiento del accidente oftalmológico.

6. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante, como se hace en el reciente Dictamen 112/2021, de 9 de marzo, que *«Finalmente, este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, dictamen 339/2020, de 18 de septiembre), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común –norma no aplicable al presente caso, pero similar al 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. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), 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 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)».

Esta doctrina resulta plenamente aplicable al presente asunto por las razones ya expuestas.

7. En cuanto a la falta de consentimiento informado correspondiente al segundo cateterismo arterial efectuado al interesado, el que se le hizo en la arteria radial derecha, no se ha probado por la Administración que el mismo se hubiera prestado de forma verbal, pues el mero hecho de narrar en la reclamación que el facultativo que estaba realizando la prueba le comentó al paciente que tenía dudas y que considera necesario realizarle el segundo cateterismo no es demostrativo de la emisión de un adecuado consentimiento informado.

Además, que aparezca una documentación correspondiente al consentimiento informado sólo firmada por el facultativo y no por el paciente en modo alguno

demuestra, ni siquiera de forma indiciaria, que el paciente prestara su consentimiento informado en la forma exigida legalmente.

Al respecto se ha señalado en el Dictamen de este Consejo Consultivo 136/2019, de 16 de abril, entre otros muchos, 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».

Por tanto, al interesado no se le informó con carácter previo de los riesgos derivados del segundo cateterismo, riesgos que debían estar basados en los antecedentes personales a los que hizo referencia de forma expresa el Servicio de Oftalmología en el informe anteriormente transcrito, así como las posibilidades de acudir a otro tipo de prueba y las consecuencias médicas de no renunciar al segundo

cateterismo, información ésta que se le debió proporcionar de forma clara y entendible, siendo evidente la falta de consentimiento informado por tales motivos expuestos.

8. En este sentido, en el primer informe del SIP se afirmó correctamente al respecto que *«En el documento jurídico de Consentimiento Informado firmado por el paciente para estudio hemodinámico pulmonar, en fecha: 26-10-2018, en el apartado de Características del Procedimiento se indica que es necesario introducir un catéter en el sistema venoso. Por ello en el Apartado de Riesgos, Posibles Complicaciones y Contraindicaciones se señala la trombosis venosa, pero NO la trombosis arterial.*

En ningún caso se menciona la introducción de un catéter en el sistema arterial. Consideramos que no se firmó el oportuno documento jurídico de Consentimiento Informado por parte del paciente -para realizar un segundo cateterismo a través del sistema arterial-, en el que, obviamente, se señalaría el riesgo de una trombosis/embolismo arterial».

Además, en dicho informe se valoró dicho daño emanado de la falta de consentimiento de la siguiente manera:

«4.- De cuanto se ha expuesto se desprende, que el paciente hoy reclamante debe ser indemnizado por la pérdida de visión en el ojo derecho - derivada de una afección vascular de la arteria central de la retina y/o Neuritis Óptica - no descrita aquélla ni mencionados éstos en el documento jurídico de Consentimiento Informado, en el apartado de Riesgos, Complicaciones y Contraindicaciones, en el que, por demás, se indicó que el cateterismo para el Estudio Hemodinámico se realizaría en el sistema venoso (vena femoral) y no en el arterial.

Sin embargo, la segunda punción, se efectuó en la arteria Radial del brazo derecho, NO existiendo documento jurídico de Consentimiento Informado para esta segunda punción y cateterismo del sistema arterial, por lo que el daño/perjuicio surgido (pérdida de visión en el ojo derecho, derivada de una afección vascular de la arteria central de la retina y/o Neuritis Óptica) resulta antijurídico.

5.- A tenor de la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, procedemos a la valoración del daño/perjuicio corporal, que es como sigue:

Edad del paciente cuando los hechos: 73 años.

. En Baremo Médico:

Tabla 2.A.1

Clasificación y valoración de la secuelas.

Capítulo II, Sistema ocular. Pérdida de visión en ojo derecho;

Concedemos: 25 puntos.

. En Baremo Económico:

Tabla 2.A.2. Edad del lesionado: 73 años y 25 puntos, concedemos un quantum final indemnizatorio de: 27.791,37 €».

9. Una vez determinada la falta de consentimiento informado, lo cual como se ha expuesto constituye una mala praxis indemnizable, en lo que se refiere a su indemnización, es necesario partir de que el indemnizarlo por la misma cuantía que el daño físico sufrido, como se afirma en el informe del SIP referido, es incorrecto. Al respecto se ha señalado por este Consejo Consultivo en el Dictamen 503/2020, de 26 de noviembre, que:

«En segundo lugar, la falta de consentimiento informado también es indemnizable, habiéndose manifestado al respecto por este Consejo Consultivo en el Dictamen 534/2018, de 27 de noviembre, que:

“En definitiva, el defecto del consentimiento informado advertido, materializado en unos daños concretos (dolores continuos, bloqueo articular y deambulación con muletas, durante 2 años y 3 meses) se considera como un incumplimiento de la lex artis ad hoc lo que ha manifestado un funcionamiento anormal del servicio público, al haberse ocasionado un resultado lesivo en la salud de la paciente como consecuencia de las actuaciones médicas realizadas sin tal consentimiento hasta que se le practicó una segunda operación quirúrgica que revertió sus dolencias, originando tal falta de la información debida un daño moral, en la medida en que ha impedido que la interesada pudiera valorar los riesgos y posibles complicaciones de la intervención, cuya indemnización se ha de determinar aplicando los criterios de equidad y ponderación, tal y como ha considerado la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (sentencia de 4 de junio de 2013, que cita otras muchas, entre ellas la de 18 de julio de 2007). Por esta razón, aplicando dichos criterios y atendiendo a todas las circunstancias concurrentes en este caso, se considera oportuno que dicho daño moral debe valorarse por una cantidad a tanto alzado, resultado de aplicar un porcentaje entre el 15 y 20 por ciento de la cantidad reclamada, que supone un importe de 8.500 euros”».

10. Por todo ello, teniendo en cuenta tales criterios y la valoración del daño físico efectuada en el primer informe del SIP, ya expuesto, al interesado le corresponde una indemnización total de 2.700 euros, pero esta cantidad, con referencia al día en que cesó el efecto lesivo, habrá de actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses

que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, tal y como señala el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, pues procede la estimación parcial de la reclamación efectuada, por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.