



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 3 7 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 23 de septiembre 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. 396/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 14 de junio de 2019, a instancias de (...), por los daños sufridos por esta como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada cuantifica la indemnización que reclama en 150.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, 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).

También son de aplicación 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 (LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al haber sufrido en su esfera personal, el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

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.

4. 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) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

5. En el presente caso, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación pues se inicia mediante reclamación de 14 de junio de 2019 mientras que el supuesto hecho dañino se produjo el 16 de noviembre de 2018, sin rebasar, por tanto, el año (art. 67 LPACAP).

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, 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).

7. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la reclamación planteada.

II

1. La interesada basa su pretensión resarcitoria en el siguiente relato factico:

«Que el 16 de noviembre de 2018, con diagnóstico de hipoacusia mixta de OI, fue intervenida quirúrgicamente en el CHUIMI para un implante osteointegrado transcutáneo OI, por el Servicio de Otorrinolaringología.»

Refiere que el postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias pero tras una hora empiezo a presentar náuseas, cefaleas y disminución del nivel de consciencia alcanzando GSC3 y anisocoria pupilar.

Se le realizan un TAC cerebral donde se observa hematoma subdural con importante edema y efecto masa que desvía línea media y deciden intervenirme quirúrgicamente de manera urgente realizándose una craneotomía y drenaje quedando bajo sedación profunda y monitorización neurológica (coma estructural).

Durante esta situación presenta un deterioro respiratorio importante en contexto de neumonía, sepsis, taquicardias, hipotermia, y una vez despierta tetraplejía secundaria a polineurpatía. Le tienen que realizar transfusiones de sangre dado la situación de anemia progresiva que presentaba y una traqueostomía quirúrgica dada la dificultad que presentó para movilizar secreciones.

Concurre la circunstancia en el presente caso que ha sido ajena a la trascendencia de la intervención quirúrgica que se le practicó y las consecuencias que se habrían de derivar de la misma, siendo prueba fehaciente de ello el "documento de consentimiento informado para la implantación de una prótesis integrada tipo B.A.H.A en el oído izquierdo" firmado el 18.09.2018. En dicho documento no figura la complicación sufrida en ningún lado indica la posibilidad de sufrir un hematoma ni un edema cerebral, que es el riesgo materializado, nunca fue informada de esta posible complicación».

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«A.- Paciente mujer, con fecha de nacimiento 08.07.53, auxiliar de clínica del CHUIMI, pensionista desde agosto de 2017 y con antecedentes de cervicalgias por degeneración discal, poliartralgias migratorias, ansiedad, dolor hombro, dolor en caderas por sacroileitis, discopatía lumbosacra, incontinencia urinaria, incontinencia fecal de urgencia, entre otros.

En relación a ORL consta cirugía de colesteatoma izquierdo en 1992.

Los colesteatomas no son propiamente tumores pero se comportan como si lo fueran porque aumentan de tamaño con el tiempo. Su aumento de tamaño se produce por la acumulación de capas de descamación de la piel que no pueden eliminarse al exterior.

Dejados a su libre evolución (sin tratarlos) dan complicaciones graves del tipo de invasiones del oído interno (vértigo y pérdida completa e irreparable de la audición) o de la cavidad craneal (meningitis, tromboflebitis del seno lateral o abscesos cerebrales). Su tratamiento es la timpanoplastia con mastoidectomía.

B.- Sometida a seguimiento en consultas de ORL, por presentar otitis media crónica colesteatomatosa con hipoacusia mixta izquierda, el 31 de octubre de 2017 se le propone estudio a fin de valorar la posibilidad de colocar implante de conducción vía ósea. B.A.H.A, son las siglas de "Bone Anchorage Hearing Aid", o su equivalente en castellano, "ayuda auditiva anclada en el hueso".

El sistema BAHA consta de un tornillo de titanio que se implanta colocándolo quirúrgicamente en el hueso del cráneo, justo detrás de la oreja. Cuando se produzca la osteointegración a éste se acopla un procesador de sonido, que es el elemento que el paciente puede manipular y quitarse cuando lo desee.

En consulta de 18.09.18 consta: "Decide operarse. Se le explica la intervención, entiende y acepta. Se incluye en lista de espera"

C.- Por otra parte, consta suscrito documento de consentimiento informado tras la explicación del especialista en ORL Dr. (...) el 18.09.18. En el mismo figuran los riesgos específicos más frecuentes, es decir los riesgos inherentes, previsibles y conocidos de acuerdo a la experiencia profesional.

D.- Se realiza preoperatorio el 03.10.18. Ingresa con carácter programado el 15.10.18 en el CHUIMI.

Se somete a intervención quirúrgica realizando inserción de implante (tornillo/pilar) el 16.11.18 sin incidencias, como consta en la hoja quirúrgica cumplimentada aproximadamente a las 12:00 h. No consta complicación, sangrado, ni otra circunstancia.

En el postoperatorio inmediato tras una hora, encontrándose en la sala de reanimación postanestésica la paciente presenta náuseas, cefalea y disminución del nivel de consciencia. Se decide Intubación orotraqueal (IOT) y se realiza TAC cerebral a las 12:55 h donde se observa hematoma subdural como complicación.

Se contacta con Neurocirugía decidiendo intervención quirúrgica de manera urgente y ésta se realiza procediendo a la evacuación de hematoma y colocación de sensor de PIC (presión intracraneal).

Finalizada la cirugía los hechos se detallan en la Hoja quirúrgica a las 14:30 h. lo que nos habla de la inmediatez de detección y tratamiento.

En la descripción se menciona "Tornillo craneal retroauricular con mínima laceración dural sin sangrado activo".

Esto es, el tornillo de titanio que se inserta en la pared lateral del cráneo, donde se sujetará el procesador de sonido que el paciente podrá colocarse o retirar, se advierte que se encuentra en correcta colocación y que no existe sangrado activo.

E.- Tras la cirugía pasa a UMI para monitorización neurológica.

Sometida a numerosos controles y pruebas diagnóstica y valoración por especialistas, once días después de la cirugía, a partir del día 27 de noviembre se retira el drenaje subgaleal, se retira sedación, se retira el catéter PIC y se reduce el soporte hemodinámico. EL 28.11.18 se solicita tratamiento rehabilitador que inicia el día 30 de noviembre, una vez descartada afectación cervical mediante TAC.

Durante su estancia en UMI presenta cuadro infeccioso y se pauta antibioterapia adecuada, sin parámetros de infección descontrolados.

En el documento de CI figura: " (...) También entiendo que a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles."

En el documento de Consentimiento informado de Anestesia se informa igualmente de la posibilidad de recibir transfusión sanguínea durante o después de la operación.

Prosigue la evolución satisfactoria: 03.12.18: despierta, orientada y colaboradora. 04.12.18: Glasgow 15 (normal). 09.12.18: Autónoma en sus movimientos. Conversando y animada. Retirada de sonda nasogástrica. Inicia dieta oral.

Tras 24 días de estancia y con evolución favorable, causa alta en UMI el 10.12.18 pasando a planta de hospitalización: Muy estable. Glasgow 15, sin focalidad, con ventilación espontánea hace más de 48 horas con buena mecánica e intercambio de gases, sin fallos orgánicos ni datos de sepsis.

F.- Desde el 17 de diciembre: Paciente sentada, consciente y orientada, decanulada, eupneica, con buena mecánica respiratoria, y dispuesta para deambulación. Se realiza fisioterapia con tonificación de MMII, reeducación postural, control y dominio postural, reeducación de marcha con buena tolerancia.

Inicia deambulación 100 m y escaleras el 19.12.18, con mejoría progresiva. Durante su ingreso, el 27.12.18 tiene picos febriles con hemocultivo positivos para S. aureus resistente a meticilina por lo que inicia tratamiento antibiótico obteniendo un resultado satisfactorio, permaneciendo estable y afebril.

Valorada por Neurocirugía no se objetivan secuelas secundarias. Dada la buena evolución durante su estancia en planta se da alta a domicilio el 2 de enero de 2019.

G.- Evolución posterior en las consultas relacionadas con el objeto de la reclamación: 28.01.19: Neurocirugía: "Buena evolución, GCS de 15, aún debilidad motora. Herida sin incidencia. Está en rehabilitación. Refiere molestias a nivel de raquis cervical y lumbar. "Estas últimas molestias son ajenas al proceso de la reclamación por existir previamente. 14.03.19: Consulta Rehabilitación: Al margen de sus problemas cervicales que ya existían al menos desde 2005, consta a la exploración física: " (...) Consciente, colaboradora, que

realiza marcha con buen patrón, tandem y monopodal sin dificultad. Balance muscular global 5/5 mantiene control de tronco, completa puños y pinza polidigital, ligero dolor a la palpación PV cervical, contractura PV cervical, BA limitado, ligeramente doloroso a los últimos grados de movimientos, no apofisalgia, spurling, reflejos conservados (...) ”.

05.11.19: ORL Fibroscopia: Glotis y movilidad de ambas Cuerdas vocales normales. 10.12.19: Consulta ORL Clínicamente bien, escucha bien y no ha tenido infecciones de oído. 13.01.20: Neumología, Videobroncoscopia sin alteraciones en tráquea y sistema bronquial. 07.07.20: ORL. Acude a revisión, se encuentra muy bien y escucha mucho mejor. Control en un año. 06.08.20: Neurología: Tiene 3 TACs de cráneo normal desde el punto de vista neurológico. Hace vida independiente y la hija la encuentra despistada.

CONCLUSIONES

1.- La reclamante sufre una complicación, hematoma subdural, tras la cirugía realizada el día 16.11.18 no descrita entre los riesgos previsibles.

2.- La necesidad de reintervención, si bien en relación a otras complicaciones conocidas, estaba contemplada y aceptada por la reclamante.

3.- Siendo el riesgo que se ha materializado anómalo o imprevisible, de los que no se producen habitualmente en el tipo de intervención no cabe incluirlo entre los riesgos de los que debe ser informado el paciente.

4.- En la ejecución de la cirugía no se presentaron incidencias ni modificaciones del procedimiento habitual.

5.- El implante (tornillo) no ha precisado retirada ni recolocación posterior, es más se ha obtenido un buen resultado audiológico funcional.

6.- La reclamante permaneció hospitalizada 47 días, de ellos 24 en UMI.

7.- La evolución ha sido favorable, realizando vida independiente, sin afectación de cuerdas vocales, sistema respiratorio, sin afectación neurológica.

8.- Se emite informe desfavorable».

3. Dictado Acuerdo Probatorio, se acordó el preceptivo trámite de audiencia, al que comparece la interesada reiterando los términos de su reclamación.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- 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).

Jurisprudencialmente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer*

naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en los daños sufridos como consecuencia de la intervención para un implante osteointegrado transcutáneo OI, con diagnóstico de hipoacusia mixta de OI, que le produjo un hematoma un edema cerebral, que es el riesgo materializado, daño del que nunca fue informada ni aparece en el Documento de Consentimiento Informado que suscribió.

Sin embargo, sin la constatación de que esos daños fueron consecuencia de la infracción de la *lex artis* es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación del nexo causal entre los daños por los que reclama y la actividad administrativa no puede surgir responsabilidad de esta.

3. La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de la reclamante.

Así, en el informe del SIP se afirma que la reclamante, tras una hora de postoperatorio, encontrándose en la sala de reanimación postanestésica, presenta náuseas, cefalea y disminución del nivel de consciencia. Se decide Intubación orotraqueal (IOT) y se realiza TAC cerebral a las 12:55 h donde se observa hematoma subdural como complicación.

Se contacta con Neurocirugía decidiendo intervención quirúrgica de manera urgente y ésta se realiza procediendo a la evacuación de hematoma y colocación de sensor de PIC (presión intracraneal).

Finalizada la cirugía los hechos se detallan en la Hoja quirúrgica a las 14:30 h. lo que nos habla de la inmediatez de detección y tratamiento.

En la descripción se menciona *«Tornillo craneal retroauricular con mínima laceración dural sin sangrado activo».*

También informa el SIP, a la vista del expediente e historia clínica, que tras la cirugía pasa a UMI para monitorización neurológica. Sometida a numerosos controles y pruebas diagnóstica y valoración por especialistas, once días después de la cirugía, a partir del día 27 de noviembre se retira el drenaje subgaleal, se retira sedación, se retira el catéter PIC y se reduce el soporte hemodinámico. El 28 de noviembre de 2018 se solicita tratamiento rehabilitador que inicia el día 30 de noviembre, una vez

descartada afectación cervical mediante TAC. Durante su estancia en UMI presenta cuadro infeccioso y se pauta antibioterapia adecuada, sin parámetros de infección descontrolados.

En la ejecución de la cirugía no se presentaron incidencias ni modificaciones del procedimiento habitual. La evolución fue favorable, realizando vida independiente, sin afectación de cuerdas vocales, sistema respiratorio y sin afectación neurológica.

En definitiva, tanto la intervención como el seguimiento de la posterior evolución del proceso infeccioso se atendieron adecuadamente, dado que se realizaron los estudios diagnósticos terapéuticos, tratamientos, medidas y cuidados de acuerdo con el proceso evolutivo o la clínica de la paciente así lo iba demandado, por lo que no se aprecia infracción de la *lex artis*.

Con respecto a que en el Documento de Consentimiento Informado para la implantación (DCI) solo aparece información sobre la prótesis integrada tipo B.A.H.A en el oído izquierdo, de tal manera que en dicho documento no figura la posibilidad de sufrir un hematoma ni un edema cerebral, que es el riesgo materializado, hemos de decir que sí consta en el informe del servicio la manifestación de la paciente en el sentido de señalar: « (...) También entiendo que a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles», informando el SIP que, siendo el riesgo que se ha materializado anómalo o imprevisible, de los que no se producen habitualmente en el tipo de intervención, no cabe incluirlo entre los riesgos de los que debe ser informado el paciente.

Al respecto, según ha declarado reiteradamente la jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, la regulación legal sobre el consentimiento informado debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento no realizado por escrito (Véanse, por todas, las SSTS de 4 de abril de 2000, RJ 2000\ 3258; de 1 febrero de 2008, RJ 2008\1349; y de 24 septiembre de 2012, RJ 2012\9228).

Por lo demás, en relación con los supuestos en que ha existido una omisión del Consentimiento Informado por escrito, la jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo ha señalado:

« (...) según la jurisprudencia de esta Sala, el incumplimiento del deber legal de solicitar y obtener el consentimiento informado -que no es el caso- no da por sí solo derecho

a indemnización. Véanse, entre otras, las recientes sentencias de 1 de febrero de 2008 (RJ 2008, 1349) y de 11 de junio de 2008 (RJ 2008, 6367). Ni que decir tiene que la conculcación del mencionado deber legal podrá dar lugar a sanciones disciplinarias; pero, si esa infracción va seguida de la curación del paciente, no hay daño en el sentido del art. 139 LRJ-PAC y, por consiguiente, no procede otorgar indemnización alguna. En otras palabras, el simple hecho de que una actuación médica sea ilegal no implica necesariamente que ocasione una lesión antijurídica. Ciertamente, podrá ser tachada de paternalista y, en ciertas circunstancias, ser castigada; pero, si no produce un mal al paciente, no hay daño en sentido técnico-jurídico» (STS de 10 febrero 2009, RJ 2009\970).

En su Sentencia de 19 mayo de 2011 (RJ 2011\5778) reitera:

«Ya por último, la razón por la que debemos desestimar el segundo de los motivos de casación la encontramos en nuestra propia jurisprudencia, pues ésta ha evolucionado en esa cuestión del defecto u omisión del consentimiento informado desde una postura que lo reputaba en sí mismo constitutivo de un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención y por tanto indemnizable (así, en la sentencia de 4 de abril de 2000 (RJ 2000, 3258)), a otra que afirma como regla o principio que la mera falta o ausencia de aquél no es indemnizable si no concurre el elemento de la relación causal entre el acto médico y el daño constatado (así, entre otras, las sentencias de 26 de marzo de 2002 (RJ 2002, 3340), 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero de 2007 (RJ 2007, 884), 1 de febrero y 19 de junio de 2008 (RJ 2008, 6479), o las de nuestra Sala Primera, de lo Civil, de 23 de octubre de 2008 (RJ 2008, 5789) y 30 de junio de 2009 (RJ 2009, 6460)».

Como declara la sentencia del Tribunal Supremo de 4 de noviembre de 2005 o de 26 de febrero de 2004, aun cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis «ad hoc», no lo es menos que tal mala praxis no puede «per se» dar lugar a responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño para el recurrente, y así lo precisa también la sentencia de 26 de marzo de 2002, que además resuelve un recurso de casación para unificación de doctrina acerca de este extremo, y en la que se afirma que para que exista responsabilidad es imprescindible que del acto médico se derive un daño antijurídico, porque, si no se produce éste, la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad.

Las STS de 4 de octubre de 2011 y de 2 de noviembre de 2011 confirman también este aserto: «Conforme a ello, debe aplicarse consolidada jurisprudencia, que indica que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la “lex artis ad hoc”, 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. Causa, pues, un daño moral, cuya

indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información sólo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (sentencias de este Tribunal Supremo, entre otras, de 26 de marzo y 14 de octubre de 2002, 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 y 4 de octubre de 2011)».

En definitiva, el defecto del consentimiento informado por escrito advertido, que no se ha materializado en lesiones, no se considera como un incumplimiento de la *lex artis ad hoc*, por lo que no puede reputarse como un funcionamiento anormal del servicio público, al no haber ocasionado un resultado lesivo en la salud de la paciente como consecuencia de las actuaciones médicas realizadas.

En este caso, los defectos del consentimiento informado escrito no serían suficientes para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que no ha ocasionado un resultado lesivo asociado a la asistencia médica prestada, sin que, en este caso concreto, resulte probado el requerido nexo causal entre el tratamiento recibido y la lesión que sufre la paciente.

De lo anterior se desprende que la reclamante no solo no ha probado lo que alega (que los daños por los que reclama son consecuencia de una negligencia médica), sino que de los informes y documentación obrante en el expediente se desprende que se le realizaron todas las pruebas necesarias de acuerdo con la sintomatología presentada y con la evidencia científica disponible, por lo que se ha respetado la *lex artis*, descartándose una inadecuada asistencia.

En definitiva, que la infección sufrida no venga contenida en el DCI no es suficiente para que surja la responsabilidad de la Administración, pues ni se ha aprobado que fuera consecuencia de una negligencia, ni ha producido lesiones que hayan viciado el consentimiento.

A la vista de todo lo anterior, se concluye, coincidiendo con la Propuesta de Resolución, que la atención sanitaria recibida por la interesada se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*, ya que se atendió adecuadamente a la paciente en todo momento, y se realizaron las pruebas necesarias (intervención y seguimiento postquirúrgico con todo tipo de pruebas) a la vista de la evolución de la patología de base, no apreciándose mala praxis.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.