



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de marzo de 2023.

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 tramitado ante la reclamación de indemnización formulada por (...), por los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 52/2023 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 26 de abril de 2021 a instancias de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por el Servicio Canario de la Salud.

2. Ha de advertirse que, si bien el reclamante no cuantifica la indemnización solicitada (ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo), la Administración ha solicitado el presente dictamen, por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (*v.gr.*, Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril o 493/2021, de 14 de octubre).

Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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 adelante, LCCC-, en relación con el art. 81.2 de

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en lo sucesivo, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la LPACAP como 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 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.

4. En el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar del interesado, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP]. Además, a lo largo del procedimiento, el interesado actúa mediante abogado, habiéndose acreditado la representación conforme al art. 5.1 y 4 LPACAP.

Por otra parte, la legitimación pasiva recae el SCS, al ser titular del Servicio al que se liga el evento dañoso.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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.

6. La reclamación se ha interpuesto dentro del año establecido en el art. art. 67 LPACAP, pues se presenta el 26 de abril de 2021 respecto a una intervención quirúrgica que se realizó el 1 de marzo de 2019, refiriendo el reclamante punzadas en la herida inguinal de la operación el 13 de julio de 2019 y, posteriormente, dolor inguinal a partir del 28 de abril de 2020, que atribuye a la citada operación quirúrgica y que continúa en el momento de presentarse la reclamación.

7. 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).

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El interesado basa su pretensión resarcitoria en lo siguiente:

Expone en su reclamación, entre otros extremos, que a mediados del año 2019 fue intervenido de hernia inguinal derecha en el Hospital General de Fuerteventura y que, como consecuencia de dicha intervención *«y por lo que entiendo una mala praxis»*, le quedaron secuelas dolorosas que no han remitido en ningún momento, consistentes en dolor inguinal, dolor agudo y persistente en testículo derecho e imposibilidad para mantener relaciones sexuales como consecuencia de intenso dolor que se produce en ese momento.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), previo el informe preceptivo del Servicio de Cirugía General del Hospital General de Fuerteventura (HGF) y de la historia clínica del paciente, tanto en Atención Primaria como en el HGF, emite informe, el 21 de junio de 2022, que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«A- Reclamante hombre con fecha de nacimiento 01.06.60 que cuenta entre sus antecedentes: Dislipemia, migraña, pericarditis, discopatía degenerativa cervical y lumbosacra, síndrome de túnel carpiano, talalgia derecha (...) En seguimiento por Cardiología, Urología y Traumatología.

B- Derivado desde Urología por presentar desde septiembre de 2018 dolor testicular derecho recurrente irradiado a zona inguinal derecha, presentando dolor epidídimo y cordón inguinal.

El 14.01.19, en consulta de Cirugía General y Digestiva, es diagnosticado de hernia inguinal derecha incipiente.

Una vez diagnosticado de hernia inguinal derecha, subsidiaria de cirugía y previamente a la misma, en fecha 29.01.19, el paciente se decide a operar y es informado, conoce, comprende y acepta la intervención quirúrgica, y asume que pueden presentarse riesgos o complicaciones, mediante la firma de documento de Consentimiento Informado.

En dicho documento queda constancia del tipo de procedimiento para reparar la hernia, que es un defecto de la pared abdominal por donde se desliza alguna víscera. La operación consiste en recolocar el contenido de la hernia y reparar el defecto, en el que, a veces, para una reparación segura hay que colocar material protésico (malla).

En el documento de consentimiento informado se recoge que, en el procedimiento quirúrgico, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables (riesgos, complicaciones) tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: poco graves y frecuentes como: infección o sangrado de la herida quirúrgica; flebitis; retención de orina; hematoma; dolor prolongado en la zona de la operación; o poco frecuentes y graves como, dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa. Rechazo de malla; inflamación y atrofia testicular; reproducción de la hernia; lesión vascular.

C- Se realiza estudio preoperatorio el 22 de febrero de 2019 y se somete a ingreso para intervención quirúrgica el 1 de marzo de 2019 en el HGF.

En la Hoja quirúrgica consta entre los hallazgos: Hernia inguinal mixta derecha. Saco herniario indirecto y directo por debilidad de la pared posterior del canal inguinal. Entre otros, se realizan gestos sobre el cordón espermático identificando sus estructuras nobles (conducto deferente, arteria y vena) con el fin de evitar lesionarlo y se implanta malla.

La cirugía transcurre sin incidencias y tras evolución favorable, con buen control clínico en todo momento, no dolor ni molestias, se cursa el alta hospitalaria el día 02.03.19 encontrándose afebril, estable, herida quirúrgica correcta; drenaje escaso serohemático. Se explican recomendaciones domiciliarias: Curas diarias de la herida con agua, jabón y betadine. Retirar puntos a los diez días en el Centro de Salud. No cargar ni empujar objetos en un mes. Evitar exposición al sol. Analgesia en caso de dolor. Consulta de revisión en Cirugía para el 04.04.19. En caso de complicaciones acudir al Servicio de Urgencias.

D- El 20 de marzo de 2019 la herida está cicatrizada sin complicaciones (Atención primaria). No existe mención a dolor alguno.

Es valorado en consulta el 3 de abril de 2019 de Cirugía General, NO se manifiesta incidencia alguna y se cursa el alta por dicho proceso.

El reclamante refiere genéricamente que ha existido una mala praxis médica en la operación realizada, sin embargo no se constata en la historia clínica ninguna incidencia durante la intervención quirúrgica que pudiera evidenciar la existencia de mala praxis, ni el usuario ha fundamentado con prueba alguna este punto.

E- En las consultas sucesivas de Atención primaria NO existe referencia a dolor en región inguinal derecha.

El 13 de julio de 2019 refiere punzadas en la herida inguinal. A la exploración piel normal no dolorosa.

El 25 octubre de 2019 refiere dolor lumbar que se irradia a pierna derecha.

En abril de 2020 es derivado a Urología por dolor en periné (región entre el escroto y el ano), seguimiento que ya existía por hipertrofia de próstata y quistes renales desde antes de la cirugía herniaria ahora reclamada.

F- Un año después, el 28.04.20 menciona por primera vez dolor inguinal derecho y el médico de Atención primaria lo deriva entonces a consulta de Cirugía General.

Es atendido el 16.06.20 en Cirugía, sin objetivar recidiva o afectación de la cicatriz salvo la manifestación álgica del paciente y es remitido a la Unidad del Dolor.

G- Posteriormente solo se habla de patología en raquis cervical y miembros superiores, intervenido por Neurocirugía el 3 de junio de 2021.

Seguimiento por Urología, Medicina Interna, Neurocirugía, Rehabilitación, ORL, Digestivo, etc.

No existe mención al dolor inguinal. En TAC Abdomino pélvico de 24.02.22 no se evidencian signos de recidiva herniaria en región inguinal derecha. Hernia inguinal izquierda con contenido graso sin signos de complicación. Quistes renales corticales simples bilaterales. En los cortes visualizados hepáticos se evidencia lesión hipodensa en Lóbulo hepático derecho a estudio por TC dinámico hepático. Divertículos aislados en sigma sin signos de diverticulitis. Vena renal izquierda retroaórtica. En el resto de los cortes incluidos del estudio no se evidencian alteraciones significativas.

CONCLUSIÓN No se evidencian signos de recidiva herniaria en región inguinal derecha. Hernia inguinal izquierda con contenido graso sin signos de complicación.

H- 21.05.21 Unidad del Dolor CHUIMI: "Paciente acude por dolor inguinal derecho postquirúrgico. Intervenido Hernioplastia inguinal derecho en marzo 2019. A la exploración: No me impresiona recidiva. Dolor superficial al tacto en región inguinal derecha. Mucho dolor a la exploración presiva (...)".

15.07.21 Se realiza bloqueo nervio ilioinguinal (anestésico local+corticoide).

14.06.22. Unidad del Dolor HGF: Como síntoma: Refiere que la ropa muy ajustada le molesta. A la exploración: "Dolor al palpar región inguinal.

Diagnóstico: Síndrome dolor persistente post herniorrafía inguinal.

Plan Diagnóstico- Terapéutico: se propone infiltración de ilioinguinal y Radiofrecuencia."

CONSIDERACIONES

1.- Según la International Association for the Study of Pain (Asociación internacional para el estudio del dolor), el dolor crónico (prolongado) es aquel que persiste al finalizar el período considerado normal de cicatrización de los tejidos, que se estima en 3 meses.

2.- En la aparición del dolor crónico postoperatorio se han implicado múltiples factores de riesgo relacionados tanto con el paciente como con la propia cirugía.

Destacan, entre otros, la existencia de dolor preoperatorio, la presencia de alteraciones psicopatológicas, la coincidencia con otros síndromes dolorosos (ejemplo: las alteraciones de espalda o lumbociatalgias), y la lesión nerviosa que puede producirse, si tenemos en cuenta los nervios existentes en la zona.

3.- El dolor inguinal postoperatorio o inguinodinia como complicación de la cirugía de hernia inguinal presenta una incidencia entre el 10 %-12 %. Una parte significativa del dolor posterior a la cirugía de hernia es causada por la incisión en la pared abdominal. Está influenciado por múltiples factores a pesar de una técnica quirúrgica correcta.

- Como consecuencia directa de la lesión del nervio o de una patología que afecta al sistema somatosensitivo después de la reparación de la hernia inguinal.

- Por la necesaria manipulación de los tejidos durante el acto quirúrgico que causa una reacción inflamatoria local mediada por mediadores inflamatorios endógenos que activan los receptores nociceptivos (del dolor).

- Problemas estructurales de la región inguinal, la fibrosis excesiva causada por la malla, la tensión muscular, la formación excesiva de tejido cicatricial, entre otros.

- Periostitis que a menudo se localiza en el tubérculo del pubis al fijar la malla.

- Por afectación sobre el intestino, el cordón espermático o estructuras periureterales, consecuentes con manipulación o adherencias.

- Por daño sobre los nervios inguinales. El nervio ilioinguinal, iliohipogástrico y la rama genital del nervio genitofemoral son los que con más probabilidad pueden lesionarse en la cirugía por vía anterior. Los nervios inguinales pueden lesionarse en el intraoperatorio y en el postoperatorio. En el intraoperatorio: por manipulación, estiramiento o elongación, sección parcial o completa y atrapamiento por los medios de fijación de la malla. En el postoperatorio: por el atrapamiento de la malla, por la irritación-inflamación perineural generada por el exceso de reacción fibrótica. Las prótesis (mallas) que se utilizan, como cuerpos extraños que son, provocan una intensa reacción inflamatoria con formación de adherencias densas que se adhieren a los tejidos circundantes.

CONCLUSIONES

1. El proceso diagnóstico fue correcto, la indicación quirúrgica correcta, al igual que la técnica utilizada y cursó inicialmente una evolución favorable sin incidencias.

2. El dolor neuropático postoperatorio que aparece tras la realización de una herniorrafia suele ser debido a la afectación de los nervios que recorren la ingle, como son el abdominogenital, iliohipogástrico y la rama genital del nervio genitocrural. Este dolor está perfectamente descrito en todos los documentos de consentimiento informado para la cirugía de la hernia. Es un riesgo típico del procedimiento y su aparición es imprevisible y por tanto difícilmente evitable. Antes de la cirugía el paciente firmó un documento de consentimiento informado específico para cirugía de hernia, en donde se detallan las posibles complicaciones del procedimiento, entre las que se encuentra aquel que posteriormente presentó.

3. En relación al objeto de la reclamación el tiempo transcurrido desde la fecha de la cirugía en marzo de 2019 hasta la presentación de síntomas en abril de 2020, permite descartar la afirmación del reclamante “ (...) mala praxis en la operación realizada (...) ”. De haber ocurrido así, como consecuencia de la intervención, la sintomatología se habría presentado en el postoperatorio inmediato. Como refiere el cirujano Dr. (...): “el dolor crónico postoperatorio suele aparecer más próximo a la intervención y no con tanto espacio de tiempo (...) ”

4.- Sin embargo como factor contribuyente, la afectación en seguimiento por Urología con dolor en fosa iliaca derecha y testículo derecho previamente a la intervención es significativa.

5.- Siendo importante además que no podamos descartar la participación de afectación de raquis lumbar en el proceso que aqueja y no relacionado con la cirugía de hernia inguinal. El reclamante en RMN de 21.11.19 muestra afectación degenerativa discal lumbar con estenosis multifactorial del canal raquídeo con efecto irritativo en raíces L5.

Siendo que el dolor inguinal es un síntoma relativamente presente en los casos de patología L4-L5. Quizá aparezca en un 20% de los casos y puede ocurrir a la vez que los síntomas típicos (lumbalgia y ciática) o completamente aislado.

Este dolor inguinal es de tipo referido, no irradiado, es decir, no sigue el trayecto de ningún nervio, sino que se refleja en la zona de la ingle, aunque la causa está en la articulación facetaria L4-L5. Es una manifestación bastante específica del segmento L4-5 y muy ligada a la presencia de inestabilidad en dicho segmento.

6.- Se emite informe desfavorable».

3. Dictado Acuerdo Probatorio, se admitieron las documentales presentadas y se practicó la testifical interesada.

4. Con fecha de registro de entrada de 27 de diciembre de 2022, y con ocasión del trámite de audiencia, por el reclamante se presenta escrito de alegaciones en el que, entre otros extremos, señala: «Incorporamos al expediente informe clínico de urgencias de fecha 15 de mayo de 2022 y un informe clínico completo de fecha 30 de junio de

2022, en los que se puede observar el empeoramiento del dolor inguinal derecho, desde su operación en el año 2019, y que desde entonces le imposibilita el desarrollo de cualquier oficio laboral».

5. La Propuesta de Resolución, informada favorablemente por el Servicio Jurídico con fecha 24 de enero de 2023, desestima la pretensión resarcitoria solicitada por el interesado al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el 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- 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).

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 del reclamante se fundamenta en que existió negligencia médica en la intervención que se le realizó, por lo que le quedaron secuelas dolorosas que no han remitido en ningún momento *«consistentes en dolor inguinal, dolor agudo y persistente en testículo derecho e imposibilidad para mantener relaciones sexuales como consecuencia de intenso dolor que se produce en ese momento»*.

Sin embargo, no aporta material probatorio que sostenga su pretensión. Antes al contrario, la Propuesta de Resolución, con base en los informes obrantes en el expediente, rebate tal pretensión.

En efecto, está acreditado que la intervención discurrió sin incidencias y tras evolución favorable, con buen control clínico en todo momento, no dolor ni molestias, se cursa el alta hospitalaria el día 02.03.19 encontrándose afebril, estable, herida quirúrgica correcta; drenaje escaso serohemático.

Además, una vez diagnosticado de hernia inguinal derecha, subsidiaria de cirugía y previamente a la misma, en fecha 29.01.19, el paciente se decide a operar y es informado, conoce, comprende y acepta la intervención quirúrgica, y asume que pueden presentarse riesgos o complicaciones, mediante la firma de documento de Consentimiento Informado (DCI).

En dicho documento queda constancia del tipo de procedimiento para reparar la hernia, que es un defecto de la pared abdominal por donde se desliza alguna víscera. La operación consiste en recolocar el contenido de la hernia y reparar el defecto, en el que, a veces, para una reparación segura hay que colocar material protésico (malla).

En el DCI se recoge que, en el procedimiento quirúrgico, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables (riesgos, complicaciones) tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: poco graves y frecuentes como: infección o sangrado de la herida quirúrgica; flebitis; retención de orina; hematoma; dolor prolongado en la zona de la operación: o poco frecuentes y graves como, dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa. Rechazo de malla; inflamación y atrofia testicular; reproducción de la hernia; lesión vascular.

En relación con el DCI, se ha señalado insistentemente por este Consejo, desde el DCC 55/2014, que uno de los elementos de la *lex artis* es el documento de consentimiento informado personalizado, documento en cuya virtud el paciente consiente la intervención médica con los riesgos inherentes a ella, siempre que se haya realizado la actuación médica misma de conformidad con las reglas de la *lex artis ad hoc*.

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.

3. Con independencia de lo anterior, pese a que se pusieron todos los medios disponibles, en este caso con la finalidad de que la intervención lograra recolocar el contenido de la hernia y colocar material protésico (malla), como se dijo, está acreditado que la intervención discurrió sin incidencias y con evolución favorable, no refiriendo dolor del testículo derecho sino después de un año de la intervención.

Lo anterior lleva al SIP a concluir que el dolor neuropático que aparece tras la realización de una herniorrafía suele ser debido a la afectación de los nervios que recorren la ingle, como son el abdominogenital, iliohipogástrico y la rama genital del nervio genitocrural. Este dolor está perfectamente descrito en todos los documentos de consentimiento informado para la cirugía de la hernia. Es un riesgo típico del procedimiento y su aparición es imprevisible y por tanto difícilmente evitable.

Que haya transcurrido un año entre la intervención y la aparición del dolor testicular permite, a juicio del SIP, descartar la afirmación del reclamante de la existencia de «*mala praxis en la operación realizada*». De haber ocurrido así, como consecuencia de la intervención, la sintomatología se habría presentado en el postoperatorio inmediato.

Además, como factor contribuyente, está acreditado en el expediente la existencia de dolor en fosa iliaca derecha y testículo derecho previamente a la intervención, así como la afectación de raquis lumbar. En efecto, el reclamante en RMN de 21.11.19 muestra afectación degenerativa discal lumbar con estenosis multifactorial del canal raquídeo con efecto irritativo en raíces L5.

Este dolor inguinal es de tipo referido, no irradiado, es decir, no sigue el trayecto de ningún nervio, sino que se refleja en la zona de la ingle, aunque la causa está en la articulación facetaria L4-L5. Es una manifestación bastante específica del segmento L4-L5 y muy ligada a la presencia de inestabilidad en dicho segmento.

En definitiva, en la Propuesta de Resolución se argumenta adecuadamente, no ya que el reclamante no ha probado lo que alega (negligencia en la asistencia recibida), sino que, de acuerdo con los informes y documentación obrante en el expediente, está acreditado que recibió una asistencia adecuada realizándosele la intervención que requería su patología, respetándose la *lex artis*. Las secuelas que sufre no son consecuencia de la cirugía, sino de patologías previas o secuelas conocidas tras la firma del DCI.

En este supuesto ha quedado demostrado que el consentimiento informado se prestó, tal y como hemos mencionado anteriormente, siendo adecuado, además, en relación con los riesgos personales del paciente.

El riesgo de que se produjeran las complicaciones que el reclamante ha experimentado no era un riesgo generado por el funcionamiento del servicio de salud, sino o de las propias condiciones del paciente o de las consecuencias de la intervención, de lo que se le informó convenientemente, asumiéndolo el mismo con su firma, lo que obliga al perjudicado a soportar el daño, por lo que el perjuicio no es antijurídico y, por ende, no es indemnizable, ya que se considera que la asistencia se realizó, como se dijo, de acuerdo a la *lex artis*.

4. 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 del interesado al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.