Consejo Consultivo de Canarias

# D I C T A M E N 3 5 7 / 2 0 2 4

**(Sección 1ª)**

**San Cristóbal de La Laguna, a 20 de junio de 2024.**

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 230/2024 IDS)*[*].

## F U N D A M E N T O S

### I

**1.** El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera 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 22 de septiembre de 2022 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, como también parece deducirse de las secuelas por las que se solicita la indemnización, 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 de la titular de la

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), 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 (en adelante, LPACAP).

**3.** En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, 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 (en adelante, 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].

Por otra parte, la legitimación pasiva recae en 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 plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 22 de septiembre de 2022 respecto de un daño cuyas secuelas quedaron determinadas el 1 de diciembre de 2021, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

**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 reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que le sea reconocido el derecho a ser indemnizado por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

En este sentido, el reclamante fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos –folio 1 y ss. del expediente-:

*«PRIMERO.- Antecedentes.*

*El dicente ha sido diagnosticado de Adenocarcinoma de próstata Gleason y tratado previamente mediante prostatectomía radical laparoscópica en agosto de 2010 y radioterapia de rescate posterior, presentando incontinencia urinaria moderada y disfunción eréctil severa post prostatectomía.*

*Tras la prostatectomía el dicente presentó disfunción eréctil y se decide implante de prótesis de pene de 3 componentes, la cual presentó diversos problemas desde su colocación, activaciones espontáneas, etc., produciéndole dolor, por lo que se produce nueva intervención, retirando parte de suero del sistema para disminuir la presión. Tras la intervención disminuye el dolor y las activaciones espontáneas, sin embargo, se aprecian dificultades en la activación/desactivación de la prótesis, lo que impresiona un fallo de bomba, proponiéndose nueva intervención.*

*Además, después de la prostatectomía el dicente presenta incontinencia urinaria moderada en su inicio, se ha realizado estudio urodinámico donde se aprecia obstrucción.*

*En fecha 26.08.2021 el dicente fue sometido a una URETROSCISTOSCOPIA en el Hospital Universitario Dr. Negrín, dicha intervención, aunque figura realizada por el Dr. (...), al cual el dicente no conoce, ni ha visto nunca, se llevó a cabo por una chica joven, la cual no se identificó en ningún momento, desconociendo esta parte su cualificación para llevar a cabo la intervención prescrita, tampoco se le recetaron medicamentos de ningún tipo, dicha persona al encontrarse con dificultades requirió forzar la cistoscopia para su entrada, a raíz de dicha intervención se produjo una herida y la incontinencia urinaria moderada que presentaba el dicente se ha convertido en incontinencia grave con severa afectación de su calidad de vida, también se generó una profunda infección producto de la herida producida, que tardó 5 meses en curarse, dicha inflamación retenía la orina del dicente y hasta que no se produjo la curación de ésta, no se dio cuenta de la brutal incontinencia que padecía.*

*En fecha 04.11.2021, se lleva a cabo nuevo estudio urodinámico, a resultas del cual se constatan claros signos de obstrucción urodinámica, realizada esta vez por el Dr. (...), apreciándose esclerosis del cuello vesical.*

*A resultas de la cistoscopia de fecha 26.08.2021 el dicente presenta sintomatología miccional mixta (llenado y vaciado) que le produce dolor uretral en relación con la micción, requiriendo múltiples consultas a urgencias y visitas a urología por este motivo.*

*El dolor ha llegado a ser limitante para las actividades cotidianas, con empeoramiento de su incontinencia urinaria, siendo en estos momentos severa, precisando el uso de pañales (2-3 al día), siendo achacable todo ello a una mala intervención en el momento de la citoscopia.*

*SEGUNDO.- En base a lo expuesto, considera el dicente que la cistoscopia efectuada en fecha 26.08.2021 no se realizó adecuadamente, siendo la causante de las secuelas funcionales que presenta, aumentando su incontinencia urinaria de un grado moderado a severo, con dolor en la micción y provocando la necesidad de uso de pañales constante, afectando todo ello gravemente a su calidad de vida».*

**2.** A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurre responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, el reclamante interesa el resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos con ocasión de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud, sin determinar la cuantía reclamada en tal concepto.

**3.** En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos que obra en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial, en el que se exponen los siguientes hechos:

*«A.-Paciente hombre con fecha de nacimiento 08.10.59.*

*Por el reclamante, ante el Servicio Canario de la Salud se interpuso el 14.12.10 solicitud de indemnización de 150.000 € por las secuelas derivadas del tratamiento de carcinoma de próstata de alto riesgo que padecía y que describía así:*

*SEGUNDO.- A resultas de la asistencia recibida se me han producido los siguientes daños:*

*Problemas de micción, con disuria e incontinencia urinaria, que requieren la utilización de pañales para incontinencia.*

*Impotencia sexual, lo que consecuentemente, implica la imposibilidad de procrear.*

*Trastorno de la conducta con sintomatología ansiosa-depresiva e ideas de suicidio.*

*Perdida de autoestima con repercusiones en su entorno familiar; así como en su situación laboral con pérdida de ingresos económicos*

*Se tramitó el procedimiento como ERP 151/10, resolviendo la Dirección del Servicio Canario de la Salud en la fecha 23 de julio de 2012 indemnizar por cuantía de 17.657,42 €.*

*Posteriormente, en Sentencia de 25 de abril de 2014 del Juzgado Contencioso Administrativo n.º 4 de Las Palmas, se estimó una indemnización por 35.000 €.*

*B.- Por tanto, nos encontramos con un reclamante afecto de carcinoma prostático, sometido a tratamiento quirúrgico y radioterapia de rescate y como secuelas urológicas presenta incontinencia urinaria y disfunción eréctil.*

*La radioterapia tiene entre sus complicaciones: • Síntomas intestinales como diarrea o sangre en las heces. Síntomas urinarios como sangrado en la orina, dolor al orinar, necesidad de orinar más frecuentemente, cistitis, incontinencia urinaria o tejido cicatricial en su uretra que condicione obstrucción. • Síntomas de la esfera sexual como disfunción eréctil. Estos efectos secundarios pueden suceder durante el tratamiento, años después o no suceder nunca.*

*C.- Se somete a seguimiento periódico, clínico y bioquímico, semestral por el Servicio de Urología.*

*D.- Para paliar la disfunción eréctil que no respondía a otros tratamientos como Caverject, se implantó una prótesis de pene el 11.08.16.*

*Dicha prótesis está compuesta por cilindro de silicona y una bomba que se coloca en el escroto y permite su inflado. Dispone también de un reservorio colocado en el abdomen que contiene el agua necesaria para su inflado.*

*El 7 de febrero de 2017 se somete a revisión de la prótesis sin evidenciarse fallo mecánico de la bomba ni de otros componentes. Por funcionamiento deficiente, en abril de 2018, se propone nueva intervención para recambio de la bomba pero el paciente no quiere meterse en quirófano tan pronto. Posteriormente, en consulta de octubre de 2018 aduce que debido a su situación laboral, no puede intervenirse. Igualmente 21.08.19 consta que comprende que para solucionar el problema se precisa recambio de la pieza malfuncionante, pero no puede permitirse, según refiere, tener un periodo convalesciente. En septiembre de 2021, vuelve a incluirse en lista de espera para recambio/revisión de la bomba.*

*E.- En consulta de 26.05.21 consta "Refiere empeoramiento de la incontinencia". Para estudio de la vejiga y filiar la incontinencia urinaria se solicita estudio urodinámico.*

*(...)*

*El 12 de julio de 2021, se realiza estudio urodinámico que concluye: El paciente presenta claros signos de obstrucción urodinámica. Solicito cistoscopia. (antecedente de estenosis de fosa navicular. Sospecha actual: estenosis anastomosis uretrovesical).*

*El estudio urodinámico es una prueba diagnóstica que permite conocer el comportamiento del tracto urinario inferior (vejiga y uretra) a través del análisis de flujos y presiones mientras se llena y se vacía la vejiga. Ofrece información valiosa para el correcto manejo de muchas alteraciones urinarias como la incontinencia, la dificultad miccional, la retención de orina, la vejiga hiperactiva, así como en casos de obstrucción infravesical como HBP o estenosis de uretra.*

*F.- 26.08.21, se practica cistoscopia. La cistoscopia o uretrocistoscopia es un procedimiento urológico que consiste en introducir una cámara a través de la uretra (orificio por el que sale la orina) para diagnosticar enfermedades de la uretra, la próstata y, sobre todo, de la vejiga urinaria. Se realiza mediante un instrumento llamado «cistoscopio», una especie de cable flexible con una cámara incorporada.*

*Se aprecia 1-Subestenosis bulbar de la uretra que permite pero dificulta el paso del cistoscopio. Exactamente igual que en la cistoscopia de 07.11.14: Uretra: estenosis de fosa navicular que precisa dilatación para pasar el cistoscopio.*

*(...)*

*2-Esclerosis de cuello vesical, que aparece muy rígido. Cuello vesical es justo la zona de salida de la orina desde la vejiga hacia la uretra. La esclerosis de cuello vesical se ha descrito como una complicación tardía de la prostatectomía radical y de la radioterapia.*

*G.- A modo de resumen: El cuadro obstructivo objetivado en la prueba funcional realizada el 12.07.21 se explica por la esclerosis en el cuello vesical y la subestenosis uretral observadas en la cistoscopia de 26.08.21. Ello justifica que empeore la incontinencia, como manifestó el reclamante en la consulta de 20.05.21 pues una vejiga sobredistendida que no se vacía completamente, ocasiona además incontinencia por rebosamiento.*

*H.- Tras dicha prueba, el 8 de septiembre de 2021 acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN por "molestias en uretra". No existen otras visitas al Servicio de urgencias por esta afectación.*

*A la exploración, entre otras circunstancias: Abdomen blando y depresible. Sin dolor a la palpación. Uretra sin salida de material purulento. Sin lesiones. Testículos normales.*

*Se extrae urocultivo y exudado uretral y con el diagnóstico de uretritis pendiente de filiar se cursa alta.*

*Los resultados de urocultivo y exudados resultaron negativos, lo que descarta infección alguna.*

*I.- Consulta de Urología: 22 de septiembre de 2021: Persiste con disuria que, curiosamente, se alivia al usar pinza de pene. - Refiere mayor dificultad para el vaciado - Refiere que la prótesis ha dejado de funcionar. Ya no se activa espontáneamente, por lo que*

*ha mejorado del dolor que refería en el pene. Tampoco la puede activar voluntariamente, por lo que ha perdido su función. Se solicita nueva cistoscopia.*

*Disuria: es la molestia o dolor al orinar por dificultad en la emisión de la orina. Descartada la infección urinaria, se origina por un obstáculo orgánico o funcional que se opone a la micción, ya sea por aumento de la resistencia uretral (esclerosis/subestenosis), como en este caso o por disminución de la contracción vesical.*

*J.- Cistoscopia, que se realiza el 4 de noviembre de 2021 y que precisa igualmente forzar (empujar) el cistoscopio flexible para su entrada en la vejiga. Se observa el mismo diagnóstico, esclerosis de cuello vesical.*

*(...)*

*K.- En consultas posteriores de 01.12.21, 02.02.22, y sucesivas se le ha propuesto tratamiento quirúrgico para recambio de bomba de la prótesis de pene, cervicotomía para el cuadro obstructivo y posterior implante de esfínter artificial para la incontinencia. El paciente manifiesta que no desea ser intervenido.*

*L.- En la fecha 11 de octubre de 2022, es valorado en primera consulta por especialista en Salud Mental y consta: " (...) .Ha puesto una querella en ese sentido y me pide un informe clínico en esta primera visita para esta cuestión (...) Me pide informe para aportar a abogado en el proceso legal (...) ". Con el juicio diagnóstico de Cuadro adaptativo, se valoran 2-3 citas de cuadro adaptativo y alta».*

Asimismo, en dicho informe el SIP alcanza las siguientes conclusiones:

*«1.-Se trata de paciente con secuelas derivadas del tratamiento quirúrgico y radioterápico por carcinoma de próstata por las que fue indemnizado.*

*2.- Que ha sido sometido a tratamiento y seguimiento estrecho periódico de su proceso oncológico y de sus consecuencias hasta la actualidad.*

*3.- Que desde el 26 de mayo de 2021 consulta por empeoramiento de la incontinencia.*

*4.- Por tal circunstancia, se realizan estudios diagnósticos adecuados que concluyen la existencia de cuadro obstructivo consistente en subestenosis de uretra anterior y esclerosis de cuello vesical.*

*5.- Que dicho cuadro obstructivo genera incontinencia por rebosamiento, motivo que justificaría el agravamiento de la incontinencia que manifiesta.*

*6.- Que no ha existido infección provocada por los estudios realizados.*

*7.- Que se han ofrecido cuántos medios y técnicas se consideran indicadas para la resolución de sus problemas y que el reclamante por el momento no desea.*

*8.- Se emite informe desfavorable».*

## III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- Mediante escrito con registro de entrada de 22 de septiembre de 2022 (...) insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

- Con fecha 26 de septiembre de 2022 se requiere al interesado a fin de que subsane y mejore la reclamación interpuesta. Requerimiento que es atendido por el reclamante mediante la presentación de escrito de subsanación/mejora con fecha 17 de octubre de 2022.

- Con fecha 21 de octubre de 2022 se admite a trámite la reclamación formulada por el Sr. (...), acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando -por el órgano instructor- realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma al interesado.

- Con fecha 27 de octubre de 2022 se cursa la correspondiente petición de informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud - SIP-. Informe que es evacuado el día 1 de febrero de 2023.

Asimismo, consta la emisión de informe por parte del Servicio de Urología del Hospital Doctor Negrín, de 22 de noviembre de 2022.

- Con fecha 8 de marzo de 2023 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante el periodo de instrucción y se admite a trámite la prueba documental y testifical propuesta por el reclamante.

Dicha resolución administrativa figura convenientemente notificada al interesado.

- Consta en el expediente instruido la práctica de la prueba testifical consistente en la declaración -por escrito- del Dr. (...), Jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario Dr. Negrín.

- Con fecha 13 de junio de 2023 se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia al interesado; constando en las actuaciones su notificación en legal forma al reclamante.

- Una vez transcurrido el plazo legalmente conferido, el interesado no formula escrito de alegaciones.

- Con fecha 2 de agosto de 2023 se solicita la emisión de informe por parte de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias], haciéndose constar en la Propuesta de Resolución que *«a juicio del órgano instructor en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico, por lo que, transcurrido el plazo señalado en el artículo 80 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, se prosigue con la tramitación del procedimiento».*

- Con fecha 8 de noviembre de 2023 se emite la correspondiente PR de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) al *« (...) no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

- Mediante oficio de 9 de noviembre de 2023 (con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 14 de noviembre), se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

- Con fecha 28 de diciembre de 2023 por este Consejo Consultivo se emite el Dictamen 538/2023, por el que se acuerda retrotraer las actuaciones al *«objeto de recabar el pronunciamiento expreso -y motivado- del órgano instructor respecto a la posible prescripción de la acción indemnizatoria; evacuándose, previamente y a tales efectos, el correspondiente informe complementario del SIP [en el que, partiendo de lo alegado por el propio reclamante, se analice la concreta fecha de*

*estabilización de las presuntas secuelas producidas por la cistoscopia practicada el día 26 de agosto de 2021]».*

- Con fecha 15 de enero de 2024 se dicta Resolución de la Secretaría General por la que se retrotrae el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial.

- Con fecha 7 de abril de 2024 se emite informe complementario del SIP, en el que expone:

*« (...) En respuesta a lo solicitado: "Se analice la concreta fecha de estabilización de las presuntas secuelas producidas por la cistoscopia practicada el día 26 de agosto de 2021", se informa:*

*De la lectura de la Historia clínica se desprende que en consulta de Urología de fecha 1 de diciembre de 2021 se registra: " (...) El paciente está estable clínicamente (...) "».*

- Con fecha 15 de abril de 2024 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de las pretensiones del reclamante.

# IV

**1.** La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

**2.** Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

*– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.*

*– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.*

*– Ausencia de fuerza mayor.*

*– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".*

*Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y*

*de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».*

**3.** Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada *«lex artis ad hoc»*.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice 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, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

*Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser,*

*por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».*

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar sólo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

*«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.*

*En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación*

*de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.*

*Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".*

*Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara*

*probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».*

**4.** En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que existió mala praxis en la cistoscopia que le fue practicada el día 26 de agosto de 2021 por una médica residente (MIR), consecuencia de lo cual desde entonces la incontinencia urinaria moderada que padecía el interesado se convirtió en una incontinencia urinaria grave con severa afectación de su calidad de vida, provocándole asimismo una profunda infección.

Para resolver la cuestión planteada resulta fundamental tener en cuenta las manifestaciones del Dr. (...), facultativo especialista en Urología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN), y encargado del tratamiento y seguimiento del reclamante desde el mes de julio de 2016, al deponer como testigo. Así el precitado Dr. manifestó que la cistoscopia es una prueba invasiva que no está exenta de complicaciones y secuelas, además, tratándose de pruebas invasivas debe contarse con el consentimiento informado por escrito, como garantía de que dicha información se le ha transmitido adecuadamente. Asimismo, a la pregunta de si *«debe solicitarse previamente el consentimiento del paciente si el que va a llevar a cabo dicha técnica es un Médico Interno Residente (en adelante MIR) en formación»*, el Dr. (...) manifestó que *«el paciente debe saber en qué consiste la figura del MIR y estar conforme en que la asistencia sanitaria (ya sea en consulta, una técnica diagnóstica o un procedimiento terapéutico) sea llevado a cabo por un residente. De no mostrar su conformidad, debe ser realizada por el Facultativo del Área (FEA en adelante) responsable de la actividad de dicho MIR»*, además añadía que la supervisión de un procedimiento diagnóstico/terapéutico invasivo llevada a cabo por un MIR, debe realizarse con el FEA presente.

Ya, en cuanto a la concreta técnica utilizada, el testigo a la pregunta de si el paciente padecía los mismos problemas antes de la cistoscopia, respondió que no, añadiendo que *«el paciente presentaba incontinencia y problemas en relación con su prótesis de pene. Los problemas con la prótesis han mejorado, parcialmente, con el tiempo. La incontinencia se agravó severamente tras la cistoscopia. Esto puede ser algo esperables, ya que, la estenosis de la anastomosis uretro-vesical, produce obstrucción. Esta obstrucción hizo que la incontinencia previa que presentaba el paciente mejorase, aunque esta mejoría es, en ocasiones, ilusoria, ya que se trata de un nuevo problema (la obstrucción), no una situación clínica mejor. No siempre es necesario eliminar esta obstrucción, depende de las consecuencias que tenga sobre la dinámica miccional del paciente, aunque suele ser conveniente. Pero es importante transmitir que, una vez se elimine esa obstrucción,*

*posiblemente la incontinencia se agrave y requiera intervenciones a posteriori. En este caso, el paciente pasó de usar compresas (en muchas ocasiones, recortadas para obtener dos compresas de una) a emplear pañales, lo que supone un empeoramiento muy significativo del grado de incontinencia. Igualmente, presenta, desde ese momento dolor en relación con la micción, para el que aún no se ha logrado control. Esta situación de dolor es, en este momento, la más grave que padece el paciente, puesto que ha llegado a referir que si no encuentra una solución o mejora evidente, quiere solicitar acogerse a la ley de la eutanasia».* Asimismo añadía que *«el agravamiento de la incontinencia tras eliminar una estenosis de anastomosis uretro-vesical, en un paciente que ya presentaba incontinencia tras la cirugía de próstata (prostatectomía radical laparoscópica), es frecuente, independientemente de la experiencia del urólogo que realice esa dilatación. En este punto, lo más importante es transmitir esta información al paciente, ya que la percepción que va a tener es de empeoramiento, aunque se la haya podido corregir un problema existente (obstrucción urinaria), por lo que contar con la comprensión del problema y su consentimiento a la realización de la dilatación es muy importante, ya que en este caso, la dilatación debe entenderse como un primer paso para la corrección completa del problema, que debería conllevar, posteriormente, una cirugía para la corrección de la incontinencia. Si el paciente ha rechazado, por los motivos que considere, realizarse una cirugía de incontinencia (suele tratarse de cirugías más o menos complejas, con bastantes limitaciones en el postoperatorio), hay que ser muy prudente a la hora de llevar a cabo estas maniobras. Sin embargo, no es posible asegurar que el mismo procedimiento realizado por otra persona hubiera tenido un efecto diferente sobre su continencia».*

Pues bien, esto sentado, de la declaración testifical del facultativo especialista en urología, se pone de manifiesto que en el presente caso era esencial que el reclamante hubiera recibido la información previa y precisa de los riesgos que, en su caso particular, podía conllevar la práctica de la cistectomía y, esencialmente, el hecho de que tras su práctica la incontinencia urinaria que padecía se agravaría, tal como aconteció.

Sin embargo, no consta en el expediente, ni ha quedado acreditado por medio probatorio alguno, que el reclamante fuera debidamente informado de tal riesgo. Así en la Historia clínica obrante en el expediente administrativo únicamente constan los Documentos de Consentimiento Informado (DCI) correspondientes a los siguientes procedimientos: a) cistoscopia de 22 de septiembre de 2021; b) implantación prótesis de pene de 22 de septiembre de 2021; c) cistoscopia de 21 de agosto de 2019; y, d) exploración urodinámica de 26 de mayo de 2021. No consta, por el contrario, el DCI relativo a la cistoscopia de 26 de agosto de 2021, origen del daño reclamado; ni consta, tampoco, que tal información se le suministrara verbalmente y de manera

comprensible al reclamante, a los efectos de que pudiera decidir libremente y con todos los elementos de juicio sobre la procedencia de su práctica.

En relación con el DCI, se ha señalado insistentemente por este Consejo, desde el Dictamen 55/2014, de 26 de febrero, 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 prestación 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 tanto, el consentimiento informado constituye otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica.

En relación con el DCI la reciente Sentencia de 25 de abril de 2024 dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, ha señalado lo siguiente:

*«Para que el consentimiento produzca el efecto de eximir a la Administración de responsabilidad cualquiera que fuera la forma de manifestarse, es necesario que sea válido y que el hecho determinante del daño esté dentro del objeto del consentimiento. Según la jurisprudencia, entre otros aspectos, toda persona tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y medidas de tratamiento. Asimismo, tiene derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso. También tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso.*

*En el ámbito sanitario es de suma importancia la elaboración de formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse la finalidad pretendida por la Ley. El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo a una terapia por razón de sus riesgos.*

*El derecho de información en el específico ámbito de la asistencia sanitaria se recoge en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, que dispone que "el consentimiento informado supone la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a*

*la salud", así como en el artículo 8.3 de la precitada Ley, que impone que al mismo se incorpore información sobre los posibles riesgos.*

*Entre muchas otras, la sentencia de Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2012, con cita de la de 26 de marzo del mismo año, declaraba lo siguiente:*

*"Resulta claro que tanto la vigente regulación, más detallada y precisa, como la anterior coinciden en un punto esencial, esto es la exigencia del "consentimiento escrito del usuario" (art. 10.6 Ley General de Sanidad, 14/1986 ,art. 8.2. Ley 41/2002) para la realización de intervenciones quirúrgicas. Si bien actualmente también se prevea respecto de 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. Todo ello, a salvo claro está de situaciones en que deban adoptarse decisiones urgentes adecuadas para salvar la vida del paciente o cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones.*

*Se ha recordado en la Sentencia de 29 de junio de 2010, (...) lo dicho en la Sentencia de 16 de enero de 2007, (...) sobre 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".*

*(...) / (...)*

*Por ello 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, la nueva normativa contenida en la Ley General de Sanidad 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)".*

*Y una constante jurisprudencia [Sentencias de 16 de enero de 2007, (RCAs 5060/ 2002), 1 de febrero de 2008 (RCAs 2033/2003), de 22 de octubre de 2009 (RCAs 710/2008), sentencia de 25 de marzo de 2010, (RCAs 3944/2008)] insiste en que el deber de obtener el consentimiento informado del paciente constituye, per se, una infracción de la lex artis" y revela una manifestación anormal del servicio sanitario.*

*El Tribunal Constitucional declaró (FJ 7º) en su STC 37/2011 de 28 de marzo de 2011, estimando un recurso de amparo por quebranto de los arts. 15 y 24.1. CE que "no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad". La jurisprudencia [SSTS 29 de junio 2010 (RCAs 4637/2008), 25 de marzo de 2010, (RCAs 3944/2008)] sostiene*

*que no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado sino también descuidos parciales.*

*Se incluye, por tanto, la ausencia de la obligación de informar adecuadamente al enfermo de todos los riesgos que entraña una intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivar una vez iniciada una asistencia hospitalaria con cambio de centro médico y tipo de anestesia.*

*Debe insistirse en que una cosa es la incerteza o improbabilidad de un determinado riesgo, y otra distinta su baja o reducida tasa de probabilidad, aunque sí existan referencias no aisladas acerca de su producción o acaecimiento.*

*Además, hemos desvinculado la falta o insuficiencia de consentimiento informado, de la existencia de mala praxis, pues el defecto o insuficiencia en el consentimiento constituye, en sí mismo, mala praxis. Así señalamos en nuestra sentencia de fecha 30 de septiembre de 2011, recurso 3536/2007 y las que en ella se citan.*

*Diremos también, refiriéndonos a la sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, ya citada, que en ella se consideró que la ausencia o el defecto del consentimiento informado no sólo constituyen una mala praxis por vulneración de los derechos reconocidos en la Ley Básica de Autonomía del Paciente, sino también una lesión de los derechos fundamentales a la integridad física y a la libertad, que no son meros derechos subjetivos que sólo vinculen negativamente a los poderes públicos, sino que éstos también tienen el mandato constitucional de proteger, coadyuvando a que su disfrute sea real y efectivo (entre otros, auto del Tribunal Constitucional 333/1997, con cita de sus sentencia 25/1981, 53/1985 y 129/1989 y de su auto 382/1996).*

*Hemos de añadir a lo anterior que el artículo 10 de la Ley 41/2002, de 14 noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, al regular las condiciones de la información y consentimiento por escrito, dispone que la misma comprenda: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad; b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente; c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención; y d) Las contraindicaciones.*

*La jurisprudencia que ha interpretado el precepto citado, expresada, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de septiembre de 2012, ha venido matizando que " (...) no cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada -puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-,*

*sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario"».*

En definitiva, lo realmente trascendente es que el paciente conozca las ventajas y los inconvenientes de la intervención quirúrgica o del procedimiento invasor que se le pretende realizar, y que no entienda la misma como una actuación que forzosamente ha de concluir en éxito.

En el presente caso, al no constar acreditado el consentimiento informado en los términos legalmente exigibles, debemos concluir que se privó al reclamante de la posibilidad de ponderar la conveniencia de sustraerse a la cistoscopia evitando sus riesgos, y esta situación no puede ser irrelevante desde el punto de vista de la autonomía personal, esencial en nuestro Derecho, que exige que la persona tenga conciencia, en lo posible y mientras lo desee, de la situación en que se halla, que no se la sustituya sin justificación en el acto de tomar las decisiones que le corresponden y que se le permita adoptar medidas de prevención de todo orden con que la persona suele afrontar los riesgos graves para su salud, máxime si tenemos en cuenta que el propio Dr. (...), al deponer como testigo, manifestó que «*no siempre es necesario eliminar esta obstrucción, depende de las consecuencias que tenga sobre la dinámica miccional del paciente»*, dinámica miccional cuya agravación está sobradamente acreditada en el expediente, y sin que previamente se advirtiera al paciente de tal posibilidad. Asimismo, se privó al reclamante de la posibilidad de decidir sobre el facultativo que le iba a realizar la prueba diagnóstica. A este respecto, el Dr. (...) a la pregunta de si *«debe solicitarse previamente el consentimiento del paciente si el que va a llevar a cabo dicha técnica es un Médico Interno Residente (en adelante MIR) en formación»*, manifestó que *«el paciente debe saber en qué consiste la figura del MIR y estar conforme en que la asistencia sanitaria (ya sea en consulta, una técnica diagnóstica o un procedimiento terapéutico) sea llevado a cabo por un residente. De no mostrar su conformidad, debe ser realizada por el Facultativo del Área (FEA en adelante) responsable de la actividad de dicho MIR»,* sin embargo en el presente supuesto no consta en el expediente administrativo que el reclamante fuera informado sobre el hecho de que la doctora que finalmente le efectuó la prueba, y a quien imputa el daño, fuera una MIR.

En consecuencia, esta situación provocada por la falta de información imputable a la Administración sanitaria del riesgo existente y de las diversas opciones que

asistían al reclamante, supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención, cuya inadecuada práctica no ha quedado debidamente acreditada, el cual debe ser indemnizado siguiendo las pautas marcadas ya por la jurisprudencia, es decir, acudiendo de forma analógica y orientativa al baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

La cantidad objeto de la indemnización deberá 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, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria del interesado, se considera que no es conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento Jurídico IV del presente Dictamen.