Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 6 2 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de noviembre de 2025.

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. 428/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 23 de septiembre de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el 25 de septiembre siguiente), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo sobre la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado (185.000,00 euros, si bien en su reclamación inicial se valoraron provisionalmente los daños en 300.000,00 euros) determina la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitir dictamen con carácter preceptivo y de la Sra. Consejera de Sanidad 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante LPACAP-.

3. Para el análisis de la Propuesta de Resolución son de aplicación tanto la citada 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,

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Además, también lo es la Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante), titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora del SCS, se delega en su Secretaría General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra 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, mediante el SCS.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues esta se presentó el 11 de marzo de 2022, habiendo finalizado la actuación del SCS en el proceso médico por el que se reclama el 5 de noviembre de 2021, sin perjuicio de que la cirugía a la que se le sometió, objeto de su reclamación, se hubiera llevado a cabo el 12 de marzo de 2021 y de las actuaciones que se hayan producido con posterioridad, de las que se hace mención en el expediente.

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

Debe hacerse notar que la demora es de varios años, y que existe un período de inactividad administrativa, al menos en apariencia, de más de tres años: al folio 57 consta la solicitud del informe al Servicio de Inspección, con fecha 12 de marzo de 2022 y al siguiente folio 58 consta la recepción del informe, el 26 de junio de 2025.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación formulado por el interesado se afirma sobre ellos, en primer lugar, que:

«SEGUNDO.- Como persona trans, emprendí un proceso para la transformación de mi cuerpo, previo asesoramiento con el Servicio Canario de la Salud (en adelante SCS), que me ofreció la posibilidad de someterme a una operación quirúrgica de masculinización del tórax.

Esta intervención quirúrgica se llevaría a cabo mediante la técnica de mastectomía bilateral subcutánea, técnica utilizada para la extirpación de la glándula mamaria conservando el complejo areola-pezón.

TERCERO.- Como consecuencia del proceso emprendido, solicité someterme a la citada intervención quirúrgica para la masculinización del tórax, siendo recibido en consulta por el cirujano (...), seis meses antes de que tuviera lugar la citada intervención.

En esta consulta se me informó de la técnica que utilizarían y de los posibles riesgos que conllevaba, haciendo especial hincapié en que intentaría que quedaran dos pequeñas cicatrices debajo del pectoral, apenas visibles.

CUARTO.- El 11 de marzo de 2021 ingresé en el Hospital Doctor Negrín, siendo sometido a la indicada intervención quirúrgica de masculinización del tórax el 12 de marzo de 2021.

Tras la intervención se me informó de que el resultado había sido plenamente satisfactorio, dándoseme el alta hospitalaria al siguiente día.

En ese momento, la zona corporal intervenida estaba cubierta con un vendaje y una faja. Además, tenía incorporados dos drenajes.

Se me recomendó no ducharme, no quitarme la faja e ir a consultas externas a partir del lunes día 15 de marzo de 2021»

2. En segundo lugar, se relata en dicho escrito de reclamación, de forma pormenorizada y extensa, el posoperatorio, a lo que nos remitimos, y se concluye alegando que:

«SEXTO.- Tras continuar con las curas prescritas por los profesionales privados, se dio por finalizado el tratamiento el 5 de noviembre de 2021, con el cierre de la herida del pezón derecho.

Sin embargo, cuando parecía que todo estaba solucionado se me abrió nuevamente la herida del pezón derecho.

Ante lo sucedido, acudí a consulta con el Dr. (...), en la ciudad de Málaga, que es donde estaba desplazado por motivos de estudios, recomendándome una nueva operación, dado que, en su opinión profesional, me habían dejado mucho tejido mamario y, conforme a lo que había observado, deducía que en la intervención quirúrgica a la que me había sometido no se había realizado un injerto de pezones».

3. Posteriormente, en el escrito dicho reclamación se afirma, sobre los motivos por los que se reclama, lo siguiente:

«SÉPTIMO.- De lo relatado hasta el momento se infiere una muy deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud. Tanto por la intervención quirúrgica del 12 de marzo de 2021, como por el posterior tratamiento postoperatorio.

Los daños sufridos permiten concluir que la citada operación no se practicó conforme a la lex artis y que los posteriores cuidados de enfermería no eran los correctos y procedentes.

Es más, bajo la actuación médica padecida, subyace una clara discriminación contra las personas trans, que se traduce en una falta de atención en las prestaciones dispensadas, debido a la creencia de que no estamos ante intervenciones quirúrgicas necesarias o que deba costear la sanidad pública.

Esto implica que el servicio se realice con estándares de calidad mínimos. Supone que los intervinientes no velen con la diligencia exigible por el resultado debido y esperable. Y desvela un manifiesto desacuerdo con que se les obligue a intervenir profesionalmente ante lo que se consideran caprichos que deberían quedar fuera del ámbito de la sanidad pública.

OCTAVO.- Debe resaltarse que el "Protocolo de atención sanitaria a personas trans", dispone en su punto 4.1.2, dedicado a la mastectomía, lo siguiente:

"La mastectomía bilateral subcutánea (MSC) es la técnica de elección para la extirpación de la glándula mamaria conservando el complejo areola-pezón para conseguir la masculinización del tórax. Es necesaria una evaluación individualizada en cada caso para elegir el procedimiento y abordaje quirúrgico más adecuado donde se valorarán los siguientes aspectos: volumen, exceso de piel, ptosis y elasticidad y anomalías de la piel.

Se debe informar al paciente que como cualquier proceso quirúrgico, la MSC supone la realización de incisiones que dejarán cicatrices permanentes. En todo caso, el objetivo es obtener el mejor resultado para conseguir una masculinización del tórax y minimizar las cicatrices finales, por tanto, el tipo de técnica de MSC que se utilizará dependerá sobre todo del tamaño de las mamas, características físicas del paciente y criterio del cirujano.

En ocasiones puede ser suficiente una MSC con cicatrices mínimas, mientras que en otros casos puede ser necesario resecciones cutáneas amplias (y, por tanto, cicatrices de mayor tamaño) e incluso reubicar el complejo areola-pezón mediante injerto libre.

Las posibles complicaciones incluyen: necrosis del complejo areola-pezón y/o alteraciones en la sensibilidad (principalmente en pacientes con hábito tabáquico), irregularidades del contorno y cicatrices inestéticas.

Las opciones quirúrgicas habituales son:

• Técnica con abordaje periareolar: cuando el pecho es pequeño se suele optar por esta técnica quirúrgica. Consiste en practicar una incisión alrededor de la areola, a través de la cual se extrae el tejido glandular. Esta técnica permite que las cicatrices sean mínimas.

• Técnica de abordaje periareolar ampliado: se suele usar esta técnica cuando las mamas son voluminosas. Básicamente consiste en realizar la incisión periareolar, más otra que se amplía hacia la zona de la axila, a través de las cuales se extrae el tejido glandular. En este caso, las cicatrices son más evidentes que en la técnica periareolar, aunque con el tiempo pueden quedar disimuladas por el vello.

• Técnica de abordaje con injerto libre: cuando las mamas son realmente voluminosas o cuando el usuario es considerado como un "gran" fumador, el cirujano suele optar por los injertos de areola durante la cirugía.

Todas las técnicas prevén no solo la extirpación del tejido mamario, sino también la reducción del tamaño de las areolas y los pezones según el patrón del pecho masculino. Asimismo, en algunos se puede complementar la cirugía con una liposucción.

La intervención quirúrgica genitoplástica en hombres transexuales es menos satisfactoria tanto desde el punto de vista estético como funcional y así habrá que informar desde el inicio del proceso".

NOVENO.- De lo anteriormente expuesto, parece deducirse que la mastectomía bilateral subcutánea (MBS) era la intervención quirúrgica adecuada para mi caso, conforme al protocolo del SCS. Sin embargo, desconocemos la técnica realmente empleada para la extirpación de los pechos, aunque es evidente que los escasos esfuerzos que debieron ir encaminados a la conservación del complejo areola-pezón, fueron insuficientes o inexistentes.

Es cierto que estas intervenciones pueden presentar ciertas complicaciones que influyan en el resultado, pero más cierto es que en mi caso no sobrevino ninguna complicación imprevista que justifique un resultado tan desastroso.

No es explicable que la necrosis afecte a AMBOS pezones. En el peor de los casos podría admitirse en uno, pero no hay una explicación racional que permita justificar tan lamentable resultado en ambos pezones.

La línea de corte se realizó por los pezones. Y esto es algo inexplicable irrazonable, ilógico y alejado de la finalidad de la operación, que no era una mastectomía oncológica sino una masculinización de mi torso.

La técnica que se debió emplear tenía que dejar unas cicatrices mínimas sin afección alguna de la zona de los pezones. Sin embargo, en la intervención quirúrgica que se me practicó, las cicatrices son groseramente visibles y los pezones se han visto necrosados.

Estas líneas de corte y los daños que presento nada tienen que ver con la información que el Dr. (...) me trasladó antes de la operación.

A mayor abundamiento, en exploraciones recientes se ha observado que en la intervención quirúrgica mencionada se dejaron folículos pilosos que dificultan tremendamente la curación y cicatrización de las heridas; lo que robustece la tesis del poco cuidado que se empleó en este servicio médico.

También es llamativa la total ausencia de simetría en el resultado obtenido. No es admisible que tratándose de una intervención quirúgica de masculinización corporal, no se haya prestado el más mínimo cuidado a la hora de procurar un resultado simétrico del torso del paciente. Esta circunstancia nada tiene que ver con el posterior necrosamiento de los pezones, sino con la nula diligencia a la hora de prever la ubicación final de las aureolas mamarias.

Los resultados normales y habituales de estas intervenciones quirúrgicas suelen ser excelentes. Pero en el presente caso, los pésimos resultados obtenidos no guardan relación directa con posibles complicaciones que se hubieran presentado. De mi historia clínica se deduce justamente lo contrario: que no se presentó dificultad o complicación imprevista de clase alguna. Por tanto, si la operación discurrió como estaba previsto por los cirujanos, ¿Qué es lo que explica un resultado tan desastroso en cuanto a la ausencia de simetría, a la zona de corte, al daño estético de las cicatrices y a la pérdida de los pezones?

De todo lo anterior se deduce que el servicio médico prestado fue muy deficiente, que no respondía a la finalidad de la intervención programada, ni a la información previa que me fue facilitada, y que su mal o anormal funcionamiento está en el origen del daño finalmente padecido.

La escasa duración de dicha intervención quirúrgica, que apenas sobrepasó una hora, cuando lo habitual es que dure entre 2 y 3 horas, refuerza la idea de la escasa diligencia y cuidados empleados en ella por los cirujanos.

No estamos, hay que recordarlo, ante una operación urgente en la que prima la salud del paciente ante el resultado estético. No estamos ante la necesidad de extirpar las mamas

para acometer un tumor cancerígeno y posteriormente introducir las correspondientes prótesis. No. Estamos ante una intervención quirúrgica cuya única finalidad es la de masculinizar el torso del paciente para adaptar su físico al género sentido.

En el primero de los casos los daños estéticos sufridos son secundarios y asumidos como parte del tratamiento urgente que la vida y la salud del paciente requieren. En el segundo caso es precisamente la estética la que prima, porque la salud del paciente no está en riesgo.

En el presente caso, parece como si mi intervención quirúrgica se hubiera hecho para cumplir con el servicio ordenado. Como si no fuera importante el resultado. Como si solamente importara cumplir con un objetivo médico fríamente descrito en un informe. Como si la única finalidad de la operación no fuera la masculinización de mi cuerpo conforme al género al que pertenezco.

DÉCIMO.- Con el postoperatorio se ha producido igualmente un mal funcionamiento del servicio público, dado que el Servicio Canario de la Salud no ha velado, con la diligencia mínima exigible, por la correcta evolución de mis heridas.

Como ya he señalado, se me recetó la aplicación de una pomada humectante que impidió una correcta cicatrización de la zona afectada y que culminó con la necrosis de los pezones.

Fueron incorrectas las instrucciones prescritas, las curas dispensadas y el seguimiento realizado. Y no solo por la indebida aplicación de la citada pomada, o por la periodicidad y el tiempo de su aplicación, sino por informarme erróneamente sobre las duchas y demás cuidados que afectaban negativamente a la zona dañada, que produjo el nombrado desenlace.

UNDÉCIMO.- A la vista de todo lo narrado, comunico al SCS que estoy pendiente de volver a someterme a otra intervención quirúrgica para intentar enmendar los daños estéticos provocados por el servicio médico dispensado, y para retirar el tejido mamario, que se llevará a cabo en Madrid por parte del Dr. (...).

Por tal motivo, iré comunicando los hechos que vayan acaeciendo y el importe de los gastos que dichas operaciones reparadoras van a suponer para mi patrimonio».

4. Por último, en el escrito de alegaciones formulado por el interesado, con ocasión del trámite de vista y audiencia, se valora el daño reclamado en los siguientes términos:

«QUINTA. CUANTIFICACIÓN RAZONADA DEL DAÑO.

Se procede a cuantificar razonadamente el daño sufrido aplicando criterios jurisprudenciales consolidados y baremos específicos para daños corporales en cirugía estética/reconstructiva:

1. CATEGORIZACIÓN DEL DAÑO.

A) DAÑO EMERGENTE (Gastos efectivamente realizados y futuros).

1. GASTOS MÉDICOS FUTUROS NECESARIOS.

1.1. Cirugía reconstructiva primaria:

◦ *Reconstrucción bilateral del complejo areola-pezón: 8.000-12.000€*

◦ *Corrección de asimetrías torácicas: 4.000-6.000€*

◦ *Revisión y mejora de cicatrices: 3.000-4.500€*

◦ *Anestesia y gastos hospitalarios: 2.500-3.500€*

◦ *SUBTOTAL CIRUGÍA PRIMARIA: 17.500-26.000€*

1.2. Cirugías complementarias previsibles:

◦ *Segunda revisión reconstructiva: 8.000-10.000€*

◦ *Tatuaje médico areolar: 1.500-2.000€*

◦ *Tratamiento cicatrices (láser, infiltraciones): 2.000-3.000€*

◦ *SUBTOTAL CIRUGÍAS COMPLEMENTARIAS: 11.500-15.000€*

1.3. Gastos médicos asociados:

◦ *Seguimiento postoperatorio especializado: 1.500€*

◦ *Fisioterapia especializada: 1.200€*

◦ *Material sanitario y curas: 800€*

◦ *SUBTOTAL GASTOS ASOCIADOS: 3.500€ TOTAL DAÑO EMERGENTE: 32.500-44.500€*

B) LUCRO CESANTE

2.1. Pérdida de capacidad laboral temporal:

▪ *Tiempo estimado de baja/limitaciones: 6-8 meses (cirugías múltiples).*

▪ *Salario medio para persona de 25 años: 1.400€/mes.*

▪ *Impacto laboral: 8.400-11.200€.*

2.2. Impacto en desarrollo profesional futuro: 5.000€ TOTAL LUCRO CESANTE: 13.400-16.200€.

2. DAÑO MORAL - ANÁLISIS ESPECÍFICO.

A) BAREMO BASE POR SECUELAS FÍSICAS.

Aplicando el Baremo de Daños Corporales:

▪ Cicatrices torácicas visibles antiestéticas: 6-12 puntos

▪ Pérdida bilateral complejo areola-pezón: 15-25 puntos

▪ Asimetría torácica permanente: 8-15 puntos

▪ Alteraciones sensitivas: 3-6 puntos

TOTAL PUNTOS BAREMO: 32-58 puntos EQUIVALENCIA ECONÓMICA: 48.000-87.000€.

B) AGRAVACIÓN ESPECÍFICA DEL DAÑO MORAL (+75%).

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido que en casos de cirugía de reasignación de género, el daño moral debe ser especialmente valorado por:

▪ Impacto en el proceso de transición: El fracaso quirúrgico interfiere gravemente en el proceso de construcción de identidad de género.

▪ Componente psicológico agravado: Genera disforia adicional y retroceso en el bienestar psicológico.

▪ Dimensión social del daño: Afecta a la integración social en el género sentido.

▪ Carácter irreversible del resultado estético deficiente.

DAÑO MORAL AGRAVADO: 84.000-152.250€.

C) DAÑO MORAL ADICIONAL POR DEFICIENCIAS ASISTENCIALES.

Por responsabilidad por inadecuada técnica quirúrgica y seguimiento deficiente: 15.000€.

III. CUANTIFICACIÓN TOTAL RAZONADA.

CONCEPTOIMPORTE MÍNIMOIMPORTE MÁXIMO

Daño Emergente32.500€44.500€

Lucro Cesante13.400€16.200€

Daño Moral Base48.000€87.000€

Agravación Específica (75%)36.000€65.250€

Deficiencias Asistenciales15.000€15.000€

TOTAL144.900€227.950€

3. CUANTIFICACIÓN FINAL.

Aplicando un criterio de prudencia, y considerando:

• La gravedad objetiva de las secuelas permanentes.

• Mi edad (25 años) y el carácter permanente del daño.

• El contexto específico de cirugía de reasignación de género.

• La jurisprudencia consolidada en casos similares.

CUANTIFICACIÓN TOTAL: CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL (185.000) EUROS.

A la anterior cantidad debe añadirse los intereses legales desde la fecha de la reclamación (11/03/2022) hasta el pago efectivo y actualización conforme al IPC».

Y, finalmente, se concluye:

«SOLICITO: Que se tengan por formuladas las presentes alegaciones y se incorporen al expediente, para que previos los trámites legales oportunos, se dicte resolución estimatoria por la que se reconozca íntegramente la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud y se declare mi derecho a percibir una indemnización de CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL EUROS (185.000€), más los intereses legales devengados desde la fecha de la presente reclamación y la actualización correspondiente hasta su completo pago».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial han sido los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 11 de marzo de 2022.

El día 12 de mayo de 2022 se dictó la Resolución n.º 1241/2022 del Director General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

2. En el expediente -folio 66- consta informe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, de fecha 31 de mayo de 2022, cuyo contenido literal e íntegro es el siguiente:

«El paciente (...) con DNI (...) fue remitido a nuestra Consulta Externa desde el Servicio de Endocrinología, siendo atendido por vez primera en ella, el día 21 de febrero de 2020.

Solicitaba cirugía de reasignación sexual -masculinización del tórax- dentro de su contexto diagnóstico de disforia de sexo - transexualidad masculina.

Tras la oportuna anamnesis y exploración física correspondiente fue incluido en Lista de Espera Quirúrgica. Como a cualquier otro paciente le fue explicado la intervención que se le iba a realizar y las complicaciones que se podían esperar de la misma.

En su historia clínica figura, además, consentimiento informado específico de la intervención con los datos personales y la firma del paciente en todas las hojas de éste. Incluye el documento, instrucciones, información general adicional sobre el proceso,

tratamientos alternativos, riesgos de la mastectomía en la reasignación sexual divididos en complicaciones más frecuentes y menos frecuentes. El documento se cierra con una hoja final de "consentimiento para la cirugía" firmada por el cirujano y el paciente.

Fue intervenido el día 12 de marzo de 2021.

El paciente sufrió durante el postoperatorio una necrosis areolar bilateral requiriendo curas seriadas en nuestra Consulta Externa. Fue visto los días 15/03/21, 19/03/21 (consulta telefónica) , 25/03/21,06/04/21 y 08/04/21.

Dicha complicación figura, por su frecuencia, dentro del apartado específico de "complicaciones más frecuentes" en mayúsculas y negrita.

RETRASO EN LA CICATRIZACION Y NECROSIS CUTÁNEAS: "Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la piel mamaria o de la región del pezón pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar. Es incluso posible sufrir pérdida de piel o tejido del pezón o de otras zonas de la mama. Lo que puede requerir curas frecuentes o cirugía para eliminar el tejido afectado (...) "

El día 08/04/21 manifestó que se trasladaba de ciudad por lo que nuestra relación médico paciente quedó interrumpida, impidiendo los necesarios retoques quirúrgicos post-complicación.

Sobre la evolución de sus curas mientras estuvo bajo nuestro control, solo cabe decir que fue la esperada, una vez instaurada la necrosis. Tenemos la suerte de contar con un equipo de enfermería especializado, profesional y con larga experiencia que se vuelca en el tratamiento de todos nuestros pacientes. No podemos dar valor a opiniones no autorizadas basadas en la experiencia de un caso aislado.

Lo que, si queremos refutar taxativamente, es la afirmación de que "bajo la actuación médica padecida, subyace una clara discriminación contra las personas trans que se traduce en una falta de atención en las prestaciones dispensadas, debido a la creencia de que no estamos ante intervenciones quirúrgicas necesarias o que deba costear la sanidad pública", Este Servicio de Cirugía Plástica lleva cerca de doscientos pacientes trans intervenidos. Supone un porcentaje importante de nuestra actividad quirúrgica y presumimos de ello. Varios de los cirujanos plásticos que lo integramos, fuimos pioneros en esta cirugía en esta Comunidad Autónoma - hace más de 20 años - y queremos creer que nuestra ilusión por esta cirugía, a la que consideramos absolutamente necesaria, ayudó a su inclusión dentro de la cartera de prestaciones del Servicio Canario de la Salud».

Junto con otros documentos adicionales se adjunta al informe el documento correspondiente al consentimiento informado firmado por el interesado, en el que constan como riesgos los siguientes:

«Cuando se presentan complicaciones en la intervención o en el postoperatoriolas MAS FRECUENTES son:

HEMORRAGIA: Es posible, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o tranfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 1O días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia. Para disminuir esta y otras complicaciones es aconsejable disponer y usar prendas de compresión del área intervenida (Faja torácica) que deberá facilitar en el momento de la cirugía.

INFECCIÓN: La infección es rara tras este tipo de intervención. Si ocurre una infección, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.

CICATRICES CUTÁNEAS: Esta es una consecuencia constante de la cirugía. Aunque es de esperar una buena cicatrización después del procedimiento quirúrgico, pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante, hipertróficas o queloideas. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica u otros tratamientos.

CAMBIOS EN LA SENSIBILIDAD DEL PEZÓN Y LA PIEL: Puede experimentarse un cambio en la sensibilidad de los pezones y la piel de las mamas. Puede ocurrir pérdida permanente de la sensibilidad tras una mamoplastia de reducción en uno o ambos pezones.

PÉRDIDA PARCIAL O TOTAL DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN: Puede experimentarse una pérdida total o parcial del complejo areola-pezón cuando se realiza el injerto del mismo tras la mastectomía simple.

RESULTADOS INSATISFACTORIOS: Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de reducción mamaria. Usted puede quedar insatisfecha con el tamaño y las formas de las mamas.

DOLOR: Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de la mama pueden producir dolor.

RETRASO EN LA CICATRIZACIÓN Y NECROSIS CUTÁNEAS: Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la piel mamaria o de la región del pezón pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar. Es incluso posible sufrir pérdida de piel o tejido del pezón u otras zonas de la mama, Lo que puede requerir curas frecuentes o cirugía para eliminar el tejido afectado. Cuanto mayor sea el tejido mamario a extirpar mayor será el riesgo de problemas de cicatrización y vascularización de la piel.

Los fumadores tienen un riesgo mayor de pérdida de piel o de complicaciones de la cicatrización.

ASIMETRÍA: Puede ocurrir diferencias en la forma de la mama o el pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la reducción mamaria, aunque no cabe esperar en ningun caso una simetría perfecta.

COMPLICACIONES MENOS FRECUENTES O INFRECUENTES:

ENFERMEDAD DE LA MAMA: El riesgo de sufrir cáncer de mama no desaparece tras una mastectomía subcutánea aunque si disminuye en aproximadamente el 90%

REACCIONES ALÉRGICAS: En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son graves. Estas pueden requerir tratamiento adicional.

ANESTESIA: Tanto la anestesia local como la general implica un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL: Existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados. Puede necesitarse cirugía secundaria para mejorar el resultado estético. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria cirugía adicional u otros tratamientos.

Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los citados están particularmente asociados con la mastectomía de reasignación de género. Existen otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita sobre los resultados que pueden obtenerse».

Además, se emitió el día 26 de junio de 2025 el informe del Servicio de Prestaciones e Inspección de la secretaría General del SCS (SIP), en el que sobre la cuestión de fondo se señala que:

«OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Desde el punto de vista clínico, la indicación quirúrgica fue adecuada al perfil físico del paciente, según lo recogido en la historia clínica y conforme al protocolo asistencial del SCS [5].

La técnica quirúrgica aplicada —mastectomía bilateral con resección cutánea e injerto libre del complejo areola-pezón— es la más adecuada en casos de mamas con volumen moderado o ptosis grado II-III. Según la literatura especializada, esta es la técnica estándar en personas trans con características similares [1][2]. Permite lograr una masculinización torácica efectiva y una mejor colocación estética del CAP. A diferencia de otras técnicas más conservadoras, el injerto libre implica un riesgo mayor de necrosis, al depender

completamente del prendimiento sobre un nuevo lecho vascular, pero ofrece mejores resultados en cuanto a contorno y simetría cuando está bien indicado.

La técnica aplicada —mastectomía con injerto libre de CAP— es una de las opciones reconocidas internacionalmente en cirugía de afirmación de género, especialmente en pacientes con ptosis mamaria grado II-III [1][2].

La necrosis parcial del CAP es una complicación descrita con frecuencia en la literatura médica sobre masculinización torácica, con tasas que pueden llegar al 30% en técnicas con injerto libre [1][2]. En este caso, no constan factores de riesgo como tabaquismo o enfermedad vascular conocida, pero sí se documenta la aplicación de mupirocina tópica de forma continuada. El propio paciente atribuye esta pauta a una posible sobrehidratación local, hipótesis recogida posteriormente por profesionales del ámbito privado. Este extremo no figura como complicación registrada por el equipo tratante.

Desde el punto de vista legal, la cirugía de masculinización está incluida como prestación en el artículo 25.2 de la Ley Canaria 2/2021 [3]. Su ejecución por el SCS implica una obligación de medios, no de resultados, como ha establecido reiteradamente el Tribunal Supremo [4]. No cabe exigir un resultado estético concreto, sino valorar si el procedimiento se realizó conforme a la lex artis.

En este caso, el paciente fue informado de la técnica quirúrgica y de los riesgos inherentes al procedimiento. Así lo reconoce en su propia reclamación, y queda además acreditado median- te el consentimiento informado homologado, firmado por el paciente, que forma parte de la documentación clínica. Este documento, elaborado conforme al modelo oficial de la Sociedad Canaria de Cirugía Plástica Reparadora y Estética, incluye expresamente la posibilidad de necrosis parcial o total del complejo areola-pezón, así como otros riesgos como cicatrices inestéticas, resultados asimétricos o insatisfactorios. Su existencia y contenido confirman que el proceso informativo se ajustó a la lex artis y que el paciente aceptó formalmente los riesgos finalmente ocurridos.

No se han identificado actuaciones que se aparten del estándar clínico habitual ni elementos que evidencien trato discriminatorio, abandono, rechazo o negativa a tratamiento. El seguimiento fue clínicamente adecuado, y la complicación, conocida y dentro del margen de riesgo razonable. Las secuelas estéticas descritas no implican, en este caso, un daño antijurídico.

CONCLUSIONES

El paciente fue sometido a una intervención quirúrgica técnicamente adecuada, conforme al protocolo asistencial del SCS y a los criterios clínicos vigentes. La necrosis parcial del complejo areola-pezón se considera una complicación conocida, documentada en la literatura, y en este caso fue manejada con seguimiento ambulatorio, sin necesidad de reintervención.

El proceso informativo fue adecuado, constando tanto en la historia clínica como en el propio testimonio del interesado. No se ha acreditado infracción de la lex artis, ni un funcionamiento anormal del servicio público asistencial».

3. En la Resolución de 18 de marzo de 2022 el reclamante fue requerido para que formulara su *Proposición de Prueba, concretando los medios de que pretenda valerse*.

En su explícita respuesta o escrito de cumplimentación del requerimiento citado el reclamante formuló la Proposición que entendió conveniente, en la cual se incluía la siguiente: «*Documental Tercera. - Consistente en que el Servicio TRANSCAN emita informe sobre la intervención quirúrgica a la que se me sometió y sobre el protocolo observable en el presente caso*». Se entiende que con lo que el interesado denomina con la abreviatura o acrónimo «*Servicio TRANSCAN*» se está haciendo referencia a la Unidad de Acompañamiento a Personas Trans, especialmente a su gestor de casos, regulados una y otro el Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Trans, aprobado y publicado por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, como puede verse en su página web:

https:/www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=b4afca28-5543-11e9-87fb-65362f2c5e8c&idCarpeta=ae273cd1-b385-11e9-82f7-8d5cff9227e6

Pues bien, sobre tal propuesta se contesta por la Administración -Acuerdo Probatorio- que *« (...) SEGUNDO.- Toda vez que la prueba documental admitida ya se encuentra incorporada al expediente, no es necesario abrir plazo especial para su aportación por lo que, de conformidad con el principio de impulso de oficio, procede ordenar que se pase al siguiente trámite en este procedimiento».*

Sin embargo, el informe de la Unidad de Acompañamiento a Personas Trans sobre la intervención quirúrgica efectuada y sus secuelas no obra en el expediente remitido a este Consejo Consultivo, ni se observa referencia alguna a tal informe o a su efectiva realización en la documentación contenida en dicho expediente.

4. Finalmente, tras otorgarse y cumplimentarse la audiencia del interesado, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria el 19 de septiembre de 2025.

En ella se expresa que «Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento, a juicio del órgano instructor, no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos dado

que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

En la Propuesta de Resolución se manifiesta lo siguiente:

«Conforme lo expuesto, se constata que, el paciente conocía, entendía y asumía los riesgos inherentes a la cirugía a realizar, dentro de los que se contempla la necrosis cutánea así como y la pérdida total o parcial del complejo areola-pezón y, la necesidad de someterse a una cirugía adicional, bien para mejorar los resultados, bien para hacer frente a posibles complicaciones.

El seguimiento postoperatorio de la cirugía fue adecuado, con control, revisión, cura de las heridas y pauta de antibiótico tópico (pomada). No obstante, por la parte reclamante se decide abandonar de forma prematura el seguimiento por el Servicio Canario de la Salud al marcharse a otra Comunidad Autónoma.

El daño por la materialización de uno de los riesgos propios del procedimiento realizado, de cuya eventual producción fue informado (consentimiento informado) pese a constituir su acaecimiento un riesgo típico o inherente a tal intervención, no ha de generar responsabilidad.

(...) En el presente supuesto, el reclamante con la firma del consentimiento informado es conocedor y acepta las consecuencias de la cirugía, por lo que la manifestación de las mismas no es un daño antijurídico que el reclamante no tenga el deber de soportar.

Por lo expuesto, analizada la documentación médica e informes y testificales practicadas, no se observa mala praxis en la atención sanitaria dispensada.

En su virtud, en el ejercicio de la competencia atribuida, no apreciando mala praxis en la atención sanitaria dispensada».

2. Este Consejo Consultivo se ha pronunciado de forma reiterada y constante sobre de los requisitos legalmente exigidos para imputar a las Administraciones Públicas la responsabilidad patrimonial dimanante de hechos lesivos, como se hace en el reciente Dictamen 2/2025, de 8 de enero, entre otros muchos, recordando que (...) *la jurisprudencia ha precisado* [citándose entre otras las STS de 23 de enero, 8 de febrero, 13 y 26 de marzo de 2012] *que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos: 1) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e*

individualizado en relación a una persona o grupo de personas; 2) 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; 3) Que no haya habido fuerza mayor; 4) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además se ha sostenido y razonado reiteradamente por este Consejo Consultivo que tanto el art. 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, como el actualmente vigente art. 32 LRJSP exigen para que surja la obligación de indemnizar de la Administración, que el daño alegado haya sido efecto del funcionamiento normal o anormal de un servicio público. «*No basta, por tanto, que el reclamante haya sufrido un daño al hacer uso de un servicio público, sino que es necesario que ese daño haya sido producido por su funcionamiento. Tampoco basta que éste haya sido defectuoso; es necesario que entre el daño alegado y el funcionamiento anormal haya una relación de causalidad*».

Y en el mismo Dictamen se dijo, sobre la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario:

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

Asimismo, entiende el TS 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".

La STS 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 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 solo 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 Organismo. Cabe traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Consejo Consultivo de Canarias, 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 van 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», doctrina aplicable al presente asunto.

3. En este expediente y el asunto que lo origina, se ha sostenido por parte de la Administración, a la hora de determinar y de fundamentar el sentido desestimatorio de la Propuesta de Resolución que los daños por los que reclama el interesado están, según se dice, incluidos y descritos entre los posibles riesgos previstos en la documentación correspondiente al consentimiento informado, razón por la cual, a juicio de la Administración sanitaria, el interesado debe asumirlos en su totalidad.

Por ello, convendrá recordar algunos pronunciamientos y criterios de este Consejo Consultivo sobre la naturaleza y la trascendencia del consentimiento informado, como lo sostenido en el mismo Dictamen 2/2025, de 8 de enero, antes citado (y otros muchos):

«En relación con el consentimiento informado, indicaba este Consejo Consultivo en sus Dictámenes 412/2021, de 9 de septiembre, 429/2021, de 16 de septiembre, y 114/2022, de 24 de marzo, lo siguiente:

« (...) En este sentido, procede señalar que, efectivamente, integra la lex artis el deber para los servicios sanitarios de prestar a los pacientes información adecuada acerca de su

enfermedad, de los tratamientos que pueden ser aplicados y de los posibles riesgos que estos conllevan, tal como dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El correcto entendimiento del deber que esta Ley impone exige que los pacientes reciban cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

Esta regulación legal implica, además, que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la lex artis y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando estas hayan sido conformes a la lex artis ad hoc. El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que de concretarse este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica (...) ».

Esta doctrina también es aplicable a este supuesto e implica que para que los interesados asuman las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, evidentemente relativas a riesgos incluidos en la documentación del consentimiento informado, dichas actuaciones médicas deben ser conformes a la ***lex artis ad hoc,*** es decir, ***a sensu contrario,*** los interesados no asumirán las consecuencias dañosas de las actuaciones sanitarias aunque se incluyan en la documentación del consentimiento informado como posibles riesgos de las mismas, si tales actuaciones médicas se han realizado de forma contraria a la ***lex artis***.

Así, p. ej., se dijo en los Dictámenes 25/2015, de 23 de enero y 103/2014, de 2 de abril.

Por ello, la cuestión esencial en este caso es establecer si las actuaciones médicas que nos ocupan han sido o no conformes con la ***lex artis***, como no puede ser de otra manera, pues -como se ha razonado- ello no se deriva automáticamente de su inclusión en el documento de consentimiento informado.

4. En este caso, el interesado, como se ha reproducido anteriormente, expone con claridad y debidamente especificados los motivos concretos por los que considera

que la intervención quirúrgica a la que se le sometió y su posoperatorio fueron contrarios a la *lex artis* y constituyen, a su juicio, una *mala praxis* médica.

Estos motivos se concretan, principalmente, en que la intervención no era adecuada a la finalidad perseguida, las masculinización de su tórax, ni al tipo de intervención que debía realizársele con tal finalidad de acuerdo a como consta en el referido Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Trans; que se le causaron grandes cicatrices en su tórax como consecuencia de la cirugía que el interesado no tiene el deber jurídico de soportar; la evidente falta de asimetría de su pezones y el desarrollo del posoperatorio en el que se le necrosaron ambos pezones al utilizar una pomada inadecuada para ello (MUPIRUCINA). Además, sostiene que el consentimiento informado fue prestado sin disponer de la información procedente y adecuada, por lo que le niega idoneidad y validez.

Pues bien, en el preceptivo informe del Servicio, reproducido totalmente con anterioridad, que en lo esencial hacen suyos el SIP y finalmente la Propuesta de Resolución, puede observarse que no se da contestación a estas cuestiones concretas formuladas por el interesado, sino que solo se hace referencia al consentimiento informado y a que no se discriminó al paciente.

Así, para que el expediente pueda entenderse completo y suficiente para una resolución congruente y exhaustiva y para que el Consejo Consultivo pueda valorar correctamente si la actuación médica ha sido o no conforme a *lex artis*, es preciso que el Servicio actuante emita un informe complementario en el que se pronuncie de forma detallada y concreta acerca de todas y cada una de las razones por las que el interesado considera que la intervención referida y el posoperatorio fueron deficientes.

Además, el gestor de casos correspondiente al interesado, de la Unidad de Unidad de Acompañamiento a personas Trans, quien, como consta en el Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Trans de la Consejería de Sanidad, «*velará por que la atención en los distintos servicios se realice cumpliendo los estándares de calidad y con un trato respetuoso hacia el/la usuario/a*», debe emitir su solicitado informe, con el contenido que sea procedente con arreglo a la antes citada Ley 2/2021 de 7 de junio.

Todo ello es procedente y preceptivo para cumplir los mandatos de la LPACAP sobre los informes que deben unirse al expediente (arts. 80 y 81), los derechos del interesado a la proposición y práctica de pruebas (art. 77) y de congruencia y

exhaustividad de la resolución final (art. 88), así como con lo dispuesto en el art. 53 del Reglamento del Consejo.

5. Después de la emisión de estos informes deberá informar de nuevo el SIP, se otorgará nuevamente trámite de vista y audiencia al interesado, para no causarle indefensión y deberá formularse una nueva Propuesta de Resolución que se remitirá a este Consejo Consultivo para ser dictaminada de forma preceptiva.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina contraria a Derecho la Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada, pues procede la retroacción de las actuaciones por los motivos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.