Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 9 2 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 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. 465/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. En este supuesto, si bien el interesado no ha cuantificado la indemnización solicitada, el SCS considera que en el caso hipotético de estimarse su cuantía superaría los 60.000,00 euros, razón por la que se considera que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (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 (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

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; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002,

[*] **Ponente: Sra. Navarro de Paz.**

de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

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

Así mismo, es necesario precisar que el interesado fue intervenido de su rodilla derecha en diversas ocasiones, algunas por cuenta propia en el ámbito de la sanidad privada y otras por el SCS, reclamándose solo por estas últimas, tal y como se deduce sin duda alguna del escrito de reclamación formulado.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el afectado la condición de interesado al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En lo que se refiere a la legitimación pasiva, la misma 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. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues el interesado, que formuló reclamación el día 26 de enero de 2024 y reclama por los resultados adversos de un largo proceso médico que comenzó el día 22 de junio de 2018 con la intervención quirúrgica efectuada por el SCS y dirigida a implantar una prótesis completa en su rodilla derecha, que fue objeto de dos reintervenciones más en el SCS, en diciembre y abril de 2020 y, que tras la mala evolución de su patología, finalmente, se le realizó una última intervención en el ámbito privado el día 9 de abril de 2024 (posterior a la fecha de presentación de la reclamación), consistente en ejecutar un *resurfacing* patelar y un desbridamiento articular, momento en que se considera fijado el alcance de su lesión.

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).

II

1. En el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial formulado por el interesado se alega que:

En junio de 2018 el interesado, que había desarrollado una artrosis tricompartimental severa, se sometió a una intervención quirúrgica en el ámbito del SCS, consistente en implantar una prótesis completa en su rodilla derecha, pero tras su mala evolución, ya que presentó a partir de 2019 dolor, inflamación e infección crónica en su rodilla derecha, se llevaron a cabo dos intervenciones más, una 2019 y otra en 2020, consistentes en la implantación de un espaciador y posteriormente en la retirada del mismo y la implantación de una prótesis de revisión.

Sin embargo, tras ello continuó la mala evolución de su patología.

Así, el interesado reclama por considerar que tales intervenciones se han realizado de forma defectuosa, dejándole en una precaria situación, pues en el momento de reclamar presentaba no solo dolor o inflamación en su rodilla derecha, sino limitación funcional y el aflojamiento del componente tibial de la referida prótesis, reclamado la completa indemnización de tales daños.

2. Además, para efectuar una correcta exposición de los antecedentes de hecho, es preciso reproducir lo manifestado al respecto en el informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), el día 23 de abril de 2025, en el que se afirma, primeramente, acerca de las diversas intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido el interesado en su rodilla derecha, lo siguiente:

«El paciente (...), Varón de 47 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, síndrome depresivo y exconsumo de cocaína. Es portador de prótesis total de rodilla derecha (PTR) desde junio de 2018, en seguimiento por dolor persistente y empeoramiento funcional. Refiere gonalgia derecha crónica no aliviada con tratamiento analgésico, incluyendo AINES, metamizol, tramadol y tapentadol. Se encuentra en seguimiento por la Unidad del Dolor.

Desde 2001 ha sido intervenido en múltiples ocasiones por problemas en la misma rodilla:

- *2001: Artroscopia por meniscectomía.*
- *2003: Reconstrucción de LCA tras accidente de tráfico.*

• 18/04/07 y 12.03.08: Sanitas Hospital (...) Artroscopia rodilla derecha.

-22/06/2018: A cargo del SCS, Prótesis de rodilla derecha Vanguard no protetizada en la rótula. Suscribe documento de consentimiento informado para prótesis de rodilla derecha.

• diciembre 2019: Reintervención por infección protésica con explantación y colocación de espaciador.

• 27/04/2020: Segundo tiempo quirúrgico con reimplantación de prótesis de revisión.

• 09/04/2024: Intervención en Clínica CEMTRO (Dr. (...)) con "resurfacing" patelar y desbridamiento articular.

A raíz del empeoramiento clínico, se realizaron pruebas diagnósticas:

• Gammagrafía ósea (30/07/2024): hipercaptación en componente tibial derecho.

• Resonancia y Rx (agosto 2024): signos de movilización de componentes.

En septiembre se concluye "prótesis derecha dolorosa secundaria a aflojamiento séptico".

El traumatólogo interviniente señala que se trata de una evolución desfavorable dentro de una patología compleja, con infección previa y tratamiento ajustado a protocolos habituales. Se plantea nueva revisión quirúrgica».

3. Así mismo, en este informe se continúa con la exposición los hechos acaecidos de la siguiente manera:

«En el presente informe se analiza la asistencia prestada a (...), varón de 47 años, portador de prótesis total de rodilla derecha desde junio de 2018, en el contexto de una gonartrosis avanzada. A lo largo de más de dos décadas, el paciente fue intervenido en varias ocasiones por patología de rodilla derecha, incluyendo una reconstrucción del ligamento cruzado anterior en 2003 y artroscopia en 2001, 2007 y 2008.

El 22 de junio de 2018 se implantó una prótesis total de rodilla Vanguard no protetizada en la rótula, bajo profilaxis antibiótica con cefazolina 2 g. y con anestesia intradural, en el Hospital (...).

El consentimiento informado firmado en esa fecha recogía los riesgos inherentes, incluyendo infección, aflojamiento, necesidad de reintervención y complicaciones neuromusculares. Destacamos:

Tras la cirugía, el paciente realizó tratamiento rehabilitador.

En la fecha 21.10.2019 presenta nuevamente dolor en rodilla derecha, el 26.11.19 ingresa en el CHUIMI y el 2 de diciembre de 2019 fue reintervenido por infección protésica, realizándose retirada de prótesis + toma de muestra + implantación de espaciador.

El 27.04.20 se completó el segundo tiempo quirúrgico con hallazgos: "Se aprecia buen estado de las partes blandas sin signos de infección activa, Importante fibrosis de partes blandas. Stock óseo conservado. Ligamentos laterales conservados."

Se realiza: " (...) retirada del espaciador de la rodilla, limpieza de la articulación y retirada del cemento y pseudomebrana fibrosa. Se implanta prótesis de revisión de rodilla (...) "

El 10.08.22: Consta en consulta de Traumatología: Aporta TAC (realizado el 15.07.22) de rodilla de (...) Meloneras: Sin aflojamiento. No signos de infección ni aflojamiento,

Es derivado a la Unidad del Dolor y se pauta tratamiento antiálgico.

En enero de 2023 inicia cuadro de afectación de túnel carpiano en miembro superior derecho, ajeno por tanto al objeto de este expediente.

Reinicia el dolor en rodilla en diciembre de 2023 y en consulta de traumatología de 04.01.24 consta que está pendiente de valoración por traumatólogo en Madrid, se desconoce si a cargo del seguro privado. Gammagrafía vascular y ósea de rodillas de 09.12.22 es compatible con aflojamiento del componente tibial de la PTR derecha. Se le plantea la opción de artrodesis de rodilla derecha.

El 9 de abril de 2024 fue intervenido en centro privado, Dr. (...) clínica CEMTRO en Madrid con "resurfacing" patelar. No disponemos de información clínica de dicho centro ajeno al SCS. Posteriormente sufre complicaciones de la nueva cirugía: infección y aflojamiento. Realiza seguimiento en centro privado y en el CHUIMI

Posteriormente, se solicitaron nuevas pruebas ante persistencia del dolor. La gammagrafía del 30 de julio mostró captación sugestiva de aflojamiento; la RMN y radiografías del 22 de agosto confirmaron movilización de componentes.

El diagnóstico final fue "aflojamiento séptico de prótesis total de rodilla", con indicación de nueva revisión quirúrgica.

El especialista destaca que las actuaciones realizadas se ajustaron a la lex artis, en un contexto de complicación grave esperada y seguimiento multidisciplinar».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 26 de enero de 2024, como ya se dijo.

El día 3 de abril de 2024, se dictó la Resolución n.º 207/2024 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido, y el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI).

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte del interesado.

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia al interesado, quien no formuló alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 21 de octubre de 2025.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental 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 que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Así, en la Propuesta de Resolución se concluye acerca de la cuestión de fondo que *«A la vista de todo lo expuesto, es posible concluir que, en el presente caso no ha resulta acreditado que la actuación médica se apartara de la lex artis ad hoc, al ser la medicina, una obligación de medios y no de resultado. El reclamante no ha aportado, incumpliendo así el deber de la carga de la prueba, ningún dictamen o informe médico contradictorio a los que figuran en el expediente administrativo, que acredite una actuación médica no conforme a la lex artis y, por el contrario, de lo obrante en el expediente resulta una asistencia correcta al interesado por parte del Servicio Canario de la Salud.*

En definitiva, los daños sufridos por el reclamante no se pueden calificar de antijurídicos, por ser complicaciones de la cirugía, daños posibles y previamente informados al paciente, a través de los consentimientos informados que el mismo firmó, donde constan de manera detallada los riesgos de las intervenciones quirúrgicas a que se iba a someter».

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general procede afirmar en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, y 162/2024, de 2 de abril), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la

lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. En el presente asunto, se deduce del escrito de reclamación presentado por el interesado que el mismo considera que las tres intervenciones practicadas en su rodilla derecha, en el ámbito del SCS, se han realizado de forma deficiente dados sus malos resultados y que las pruebas diagnósticas, especialmente las relativas a estudiar el aflojamiento de su prótesis, se efectuaron con excesivo retraso.

4. A la hora de dilucidar la cuestión de fondo que nos ocupa, se ha de tener en cuenta en primer lugar lo manifestado en el informe del Servicio actuante, en el que se manifiesta que:

«En respuesta al expediente de responsabilidad patrimonial n.º 17/24, se hace constar:

1) El paciente ha sufrido múltiples intervenciones en su rodilla derecha que han derivado en la necesidad de implantar una prótesis de rodilla a una edad muy temprana. Lamentablemente, el paciente ha presentado una infección protésica. Complicación catastrófica y que afecta entre el 1-5,6% de las artroplastias.

2) Las pruebas solicitadas para diagnosticar la infección protésica en este paciente, son las protocolizadas en estos casos: analíticas, radiografías y grammagrafías. Los tiempos de realización son los propios del SCS. La demora en la realización de las pruebas, no son causantes de su sintomatología actual y sí el proceso séptico que afecta su prótesis y que no ha conseguido resolverse.

3) la realización de un recambio en dos tiempos de una prótesis infectada es el procedimiento habitual recogido en la literatura para los casos similares al del paciente.

4) Ante la evolución del paciente, se considera la necesidad de una explantación protésica y a la artrodesis en un segundo tiempo».

5. Además, sobre la cuestión objeto del presente Dictamen, en el informe del SIP, se señala que:

«El presente informe analiza la posible existencia de responsabilidad patrimonial derivada de un proceso de aflojamiento protésico en un paciente que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas por patología compleja de rodilla derecha. El análisis se centra en determinar si el daño alegado (dolor persistente, necesidad de reintervención quirúrgica) puede atribuirse a una actuación inadecuada del sistema sanitario público, o si, por el contrario, se enmarca dentro de las complicaciones propias de una técnica correcta.

Las prótesis totales de rodilla presentan una tasa de supervivencia elevada, pero no exenta de complicaciones. Según el registro nacional sueco de artroplastias, la tasa de revisión a los 10 años alcanza el 10% en pacientes menores de 55 años (Robertson et al., Acta

Orthop, 2010), y la infección figura entre las causas más graves y frecuentes de fracaso, con una incidencia global del 1% al 5%, incrementada en cirugías de revisión (Kunutsor et al., Lancet Infect Dis, 2018).

En este caso, el paciente fue informado previamente de los riesgos mediante consentimiento firmado y documentado, en el que se incluían específicamente la infección, el aflojamiento y la posibilidad de reintervenciones. La aparición de una infección protésica en diciembre de 2019 obligó a la realización de un tratamiento quirúrgico en dos tiempos, que constituye el procedimiento de elección según las principales guías clínicas, con tasas de control de infección superiores al 85% (Toms et al., Bone Joint J, 2006).

Posteriormente, el paciente desarrolló dolor persistente con hallazgos compatibles con aflojamiento del componente tibial, confirmados mediante gammagrafía, RMN y radiología. El aflojamiento aséptico, en particular del componente tibial, es una de las causas más habituales de fallo mecánico a medio-largo plazo, incluso en prótesis correctamente implantadas (Sharkey et al., Clin Orthop Relat Res, 2002).

En el análisis de la evolución asistencial no se han identificado actuaciones fuera de la lex artis: las pruebas complementarias fueron solicitadas según protocolo; el seguimiento clínico continuado se mantuvo en consulta especializada; y las decisiones quirúrgicas respondieron a criterios técnicos justificados y acordes a la evolución clínica del caso. Tampoco se aprecia una demora injustificada en la indicación quirúrgica ni omisiones relevantes en la monitorización de la evolución postoperatoria.

Cabe recordar que la medicina curativa se configura legalmente como una obligación de medios y no de resultados. Aun cuando se aplican todas las medidas reconocidas y los tratamientos disponibles, pueden producirse complicaciones inherentes que no implican necesariamente una mala praxis. En este caso, la aparición de un aflojamiento protésico en el contexto de una infección previa y múltiples cirugías entra dentro de ese grupo de eventos esperables que, aunque desafortunados, no son atribuibles a una actuación negligente por parte del sistema sanitario.

CONCLUSIONES

De la revisión del expediente clínico y la documentación disponible, se concluye que el proceso asistencial seguido en relación con la implantación y revisión de la prótesis total de rodilla derecha del paciente P.A.R. se ajustó en todo momento a la lex artis ad hoc.

La evolución clínica —caracterizada por una infección protésica, necesidad de cirugía en dos tiempos y posterior aflojamiento del componente tibial— se enmarca en las complicaciones descritas en la literatura médica como propias de este tipo de procedimiento, incluso cuando se aplica con los medios y técnicas adecuados.

No se han identificado demoras injustificadas, omisiones relevantes ni actuaciones alejadas de los protocolos clínico-quirúrgicos establecidos. El paciente fue además adecuadamente informado, como refleja el consentimiento firmado, sobre los riesgos que finalmente se manifestaron.

En consecuencia, no se aprecian elementos que permitan atribuir al Servicio Canario de la Salud una actuación negligente o contraria a la buena praxis. Se informa, por tanto, desfavorablemente a la reclamación».

6. Pues bien, no ha quedado demostrado que la mala evolución del interesado haya sido causada por *mala praxis* acaecida durante las intervenciones quirúrgicas que se le efectuaron en el ámbito del SCS, ni por un retraso en el tratamiento de su dolencia, como alega el interesado a la hora de fundamentar su reclamación, pues el mismo no ha presentado ninguna prueba con tal finalidad, ni ha logrado desvirtuar los informes médicos obrantes en el expediente.

Por el contrario, la Administración sanitaria sí ha probado suficientemente que la mala evolución de la patología que sufre el interesado se debió principalmente a dos motivos concretos y estos son la infección protésica que sufrió el interesado tiempo después de la primera intervención y el aflojamiento tibial aséptico que también padeció durante el proceso médico descrito anteriormente, estando ambas circunstancias incluidas dentro de los riesgos que constaban en la documentación correspondiente al consentimiento informado, firmados por el interesado con ocasión de cada una de las intervenciones.

Así, por ejemplo, en la documentación correspondiente a las dos intervenciones realizadas en 2019 y en 2020, consta en ella claramente como riesgos lo siguiente:

«Rotura, movilización o aflojamiento de los materiales empleados para la fijación (tornillos, placas, etc.). Si esto sucede antes de que el hueso haya unido, es muy probable que necesite una nueva operación; si ocurre después, dependerá de las molestias que provoque.

(…)

Infección: Toda cirugía tiene riesgo de infección. La infección puede ser superficial (localizada justo bajo la piel) o profunda (afecta a músculos y hueso). Si esto ocurre, se realizará tratamiento con antibióticos y se evaluará la necesidad de otros procedimientos (curas locales, limpieza de la herida en el quirófano, colocación de antibióticos en el lugar de la infección e incluso la retirada del material implantado). El riesgo de infección es mayor si esa era la causa del aflojamiento.

(…)

Importante: La vida útil de una prótesis es limitada. Con el tiempo y el uso el material de las prótesis se deteriora y se va aflojando del hueso. Esto provoca dolor, inestabilidad y limitación de la función. Cuando esto ocurra se le planteará el recambio de la prótesis. Las prótesis pueden infectarse en el momento de la operación o años más tarde por diseminación de gérmenes a través de la sangre desde otro lugar del cuerpo. Esta complicación es fatal, suele provocar el aflojamiento de la prótesis y necesitar de varias reintervenciones en general con peores resultados. Cualquier procedimiento que suponga un riesgo de paso de gérmenes de la sangre deberá ser realizado con cobertura antibiótica (...) ».

A mayor abundamiento, en la documentación correspondiente al consentimiento informado relativa a la intervención de 2018 también constaban como riesgos la mención expresa, entre otros, no solo la rotura de la prótesis, sino la posibilidad de sufrir «*infección articular que precisaría nuevas operaciones y podría dejar graves secuelas de rigidez/dolor*».

En conclusión, se ha acreditado por la Administración sanitaria que su actuación ha sido conforme a *lex artis* y que los daños por los que reclama el interesado se deben exclusivamente a la efectiva producción de los inevitables riesgos que obraban en el consentimiento informado.

Por último, el interesado no solo no ha probado que hubiera retraso en alguna de las actuaciones médicas que forman parte del proceso descrito, sino que tampoco demuestra que los daños que sufre tengan por origen una actuación médica llevada a cabo con retraso.

7. En relación con el consentimiento informado, en el Dictamen de este Consejo Consultivo 462/2025, de 4 de noviembre, entre otros muchos, se ha señalado que:

«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», doctrina que también es aplicable a este caso por las razones expuestas con anterioridad.

8. Así mismo, es necesario señalar nuevamente en relación con la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público este Consejo Consultivo ha señalado en muchos Dictámenes (por todos, DCCC 128/2025, de 27 de marzo), que el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento, puesto que la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general de los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Así, sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la

presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012), siendo toda esta doctrina aplicable al presente asunto.

9. Por lo tanto, procede señalar que no ha quedado probada la concurrencia de relación causal entre el funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por el interesado, siendo procedente la desestimación de su reclamación.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial que desestima la reclamación formulada, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.