

Expediente Núm. 267/2019
Dictamen Núm. 14/2020

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 23 de enero de 2020, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 29 de octubre de 2019 -registrada de entrada el día 4 de noviembre del mismo año-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a la deficiente atención sanitaria en el tratamiento de una fractura con infección de herida quirúrgica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de abril de 2019, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la deficiente atención sanitaria prestada por los servicios médicos del Hospital “X”.

Expone que el día 16 de mayo de 2017 sufrió una caída con traumatismo en su mano izquierda y que acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud, del que es derivado al Servicio de Urgencias del Hospital "Y", de Avilés, donde se le diagnostica una "fractura cerrada diafisaria en alas de mariposa de 4.º metacarpiano izquierdo, procediéndose a la inmovilización con férula antebraquiopalmar de yeso con mano vendada", siendo dado de alta ese mismo día. Refiere no tener herida en la mano.

Añade que al día siguiente acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" y que se le diagnostica "fractura diafisaria conminuta en alas de mariposa de 4.º metacarpiano angulada a dorsal", siendo intervenido quirúrgicamente y colocándosele una férula, y precisa que se le da de alta con cita para consulta en el Servicio de Cirugía Plástica el día 9 de junio de 2017, donde se le retira la férula y el vendaje y se le cita para valorar si se le retiran las agujas. Reseña que es "enviado a (su) domicilio sin vendaje, tan solo con una pequeña tiritita (...). Se debe tener en cuenta que la herida estaba abierta y presentaba dos orificios por donde salían ligeramente las cabezas de las agujas".

Con anterioridad a la fecha programada, el día 19 de junio acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" "por presentar desde el día anterior edema y supuración", y reseña que "a la vista de la infección (...) se procede a la retirada de las agujas con gran dificultad" y es "alta con recomendaciones".

Indica que dos días después regresa a dicho Servicio acusando dolor y que es derivado al Servicio de Cirugía Plástica, donde se observa edema, tumefacción, salida de material purulento y limitación a la movilización de la mano, diagnosticándosele infección de herida quirúrgica, por lo que se le trata e ingresa, colocándole una férula que se retira al día siguiente -22 de junio- y que se vuelve a poner el día 23, siendo dado de alta con tratamiento y cita para el día 26, fecha en la que se le pauta férula solo carpiana, se ajusta analgesia y se solicita interconsulta de Rehabilitación. Precisa que a los dos días, el 29 de junio, acude de nuevo al Servicio de Urgencias por dolor en la muñeca.

Tras otras asistencias que relata, señala que recibe el alta en el Servicio de Rehabilitación el 4 de abril de 2018, después de 157 sesiones de fisioterapia,

presentando “como secuela una limitación de la movilidad en muñeca de 50º FP y 30º FD y en art. MCFs (a 70F en 2-4 y 90 en resto), faltando 2,5 cm a puño con disminución de la fuerza presora (16 kg izda. y 42 derecha)”. Añade que en el momento de formular la reclamación “las secuelas se manifiestan incluso con más intensidad, fundamentalmente por la mañana, cuando al doblar la mano faltan 5 cm al puño. También sufro dolores puntuales”.

Considera “que la praxis médica seguida fue incorrecta”, ya que fue sometido a una intervención quirúrgica en la mano izquierda y a posteriores curas “sin llevar a cabo las medidas de profilaxis apropiadas”, y subraya que fue remitido a su domicilio “con una herida abierta (que presentaba dos orificios por donde salían ligeramente las cabezas de las agujas de Kirschner) sin vendaje”, por lo que sufrió “una importante infección de la herida”. Denuncia también la “ausencia de información” sobre los riesgos de la intervención y las secuelas que finalmente sufrió.

Respecto al *quantum* indemnizatorio, indica que se declare “la responsabilidad en la cantidad que sea cuantificada en el momento oportuno, a tenor de la valoración de las secuelas y daños generados (incluidos los morales) y que actualmente se estima prudencialmente” en sesenta mil euros (60.000 €)”.

Adjunta a su escrito una copia de diversa documentación clínica y fotografías del estado de la mano en distintos momentos de su proceso asistencial.

2. Mediante oficio de 12 de abril de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo de resolución y el sentido del silencio administrativo.

3. A solicitud de la Instructora del procedimiento, se incorpora al expediente una copia de la historia clínica del paciente y los informes de los Servicios de los centros hospitalarios que le atendieron.

El informe emitido por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "X" deja constancia de que el paciente es intervenido de urgencia con bloqueo regional y osteosíntesis mínimamente invasiva percutánea con dos agujas Kirschner en aspa, e indica que el día 9 de junio de 2017 se realiza "control habitual de las 3 semanas posintervención. Retiramos férula (...) y procedemos a recomendar movilizaciones pasivas según protocolo. Dado que es una reducción cerrada (...) no hay herida abierta. Las agujas K salen a piel para poder ser extraídas cuando esté indicado./ Se protege salida con apósito". Respecto a la atención prestada en el Servicio de Urgencias, indica que el paciente es atendido el 19 de junio de 2017 por el equipo de guardia de Cirugía Plástica y que en el informe de alta de ese día se refleja que "presenta mano hinchada, tumefacta, ligeramente eritematosa, dolor al tacto superficial en el 4.º eje. Se decide la retirada de las agujas K por intolerancia". Se afirma que el paciente fue correctamente atendido por el Servicio de Cirugía Plástica, donde se "realizaron y tomaron las medidas precisas en cada momento", presentando complicaciones "como las que se constatan en el consentimiento informado: infección, retardo de consolidación, limitación funcional".

En el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Agustín, fechado el 29 de abril de 2019, se detalla que el paciente fue derivado desde Atención Primaria por "dolor y rigidez secuela de fractura 1.º meta complicada con infección", haciendo referencia a un proceso infeccioso osteoarticular. Se reseña que "por nuestra parte se realizó tratamiento medicamentoso (...) y de fisioterapia (del 17-7-17 al 4-4-18)./ El paciente realizó el (tratamiento) pautado con mejoría del dolor y de la rigidez, pero estabilizándose el proceso con secuela de rigidez de muñeca y dedos, no consiguiendo cierre completo de puño". Concluye que "se entiende que ha presentado una secuela de rigidez que, aunque mejorada con el (tratamiento)

pautado, deja secuelas y que estas son derivadas de un cuadro infeccioso tras osteosíntesis por fractura metacarpiana”.

4. El día 30 de junio de 2019, emite informe pericial una facultativa a instancia de la compañía aseguradora de la Administración. En él indica que la fractura que el paciente presentaba en la mano izquierda “se trató quirúrgicamente con técnica mínimamente invasiva”, y que el consentimiento informado firmado con carácter previo a la intervención recoge “posibles complicaciones, como son el retraso de la consolidación, infección y rigidez”. Repara en la presencia de “complicaciones a pesar de un manejo correcto a lo largo del proceso asistencial siguiendo protocolos, infección de herida quirúrgica tras retirada de las agujas aun estando en tratamiento antibiótico” y, dado que “tras revisión de la documentación aportada no se han observado actuaciones que no se ajusten a una correcta praxis médica”, concluye que procede desestimar la reclamación.

5. Mediante oficio notificado al interesado el 22 de agosto de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 10 de septiembre de 2019, presenta este un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación y reseña que “la tardanza en el inicio de la rehabilitación fue determinante para que la recuperación fuera insuficiente”, y afirma que “se realizó un control deficiente de la infección, ya que después de mostrarse los síntomas únicamente se realiza un cultivo (21-06-17) y dos analíticas (21-06-17 y 29-06-17)”.

Añade que, a la vista del resultado del cultivo obrante en el expediente, las bacterias detectadas son “habitualmente adquiridas en los hospitales”, por lo que se reitera que “no se adoptaron las medidas profilácticas apropiadas./ Es más, fui sometido a un bloqueo de plexo braquial siendo posible que la infección se haya producido mediante dicho bloqueo”.

Sobre el consentimiento informado, manifiesta que “resulta absolutamente deficiente” e indica que bajo la denominación “documento

inespecífico de consentimiento informado” se incluye “la denominación de la intervención que se va a realizar sin ningún tipo de explicación sobre la misma. En el apartado secuelas se enumera una serie genérica (...) y en el apartado riesgos personalizados se indican ‘los propios de su patología de base’, lo que no se entiende, pues (...) no tenía ninguna patología de base (...). El apartado alternativas posibles ni se rellena”. Y añade que se “debe hacer constar que tampoco firmé consentimiento informado para la anestesia mediante bloqueo de plexo braquial a que fui sometido” pese a que en el Hospital Universitario Central de Asturias “existe un modelo específico para este bloqueo”.

Adjunta modelo de consentimiento informado para bloqueo de plexo braquial.

6. El día 2 de octubre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona, respecto al consentimiento informado, que este se ajusta a las exigencias legales en la materia. En particular, en el caso de la técnica anestésica aplicada indica que, “considerando que la intervención quirúrgica se realiza de forma urgente, no programada, cabe la información oral”, y que la técnica empleada para tratar la dolencia de origen “implica necesariamente la utilización de una técnica anestésica, en este caso un bloqueo de plexo cuya realización exige la colaboración del paciente que permanece consciente en todo momento, resultando evidente que el profesional encargado de dicha técnica haya informado verbalmente sobre la pertinencia de la misma, lo que satisface las exigencias del consentimiento, tal y como ha admitido el Tribunal Supremo, de forma oral si se acredita su prestación”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de octubre de 2019, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente

núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora

examinado, la reclamación se presenta con fecha 1 de abril de 2019, constando en el expediente que el 4 de abril de 2018 se establece la secuela de limitación de movilidad tras el proceso rehabilitador, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial de los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda reconocer la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SIXTA.- Reclama el interesado el resarcimiento de los perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida con ocasión de una fractura de muñeca, ya que tras ser operado sufre una infección en la herida quirúrgica que achaca a la falta de medidas de higiene adecuadas, padeciendo una secuela consistente en limitación de movilidad y fuerza prensora en la mano afectada.

Queda acreditada la realidad del daño alegado a la vista de la documentación clínica incorporada al expediente, así como su relación con el cuadro infeccioso.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 25/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles.

El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente en la fase de diagnóstico tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 285/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto planteado, el reclamante denuncia una praxis "incorrecta" por falta "de medidas de profilaxis apropiadas", tanto en la intervención como en las ulteriores curas, y por haber sido enviado a su domicilio con una "herida abierta (que presentaba dos orificios por donde salían ligeramente las cabezas de las agujas de Kirschner) sin vendaje", cubierta con un apósito. En el trámite de audiencia alega que las bacterias detectadas en el cultivo bacteriológico son "habitualmente adquiridas en los hospitales", por lo que se ratifica en que "no se adoptaron las medidas profilácticas apropiadas./ Es más, fui sometido a un bloqueo de plexo braquial siendo posible que la infección se haya producido mediante dicho bloqueo".

Sin embargo, frente a las afirmaciones del interesado -formuladas como hipótesis carentes de un mínimo sustrato pericial- todos los informes técnicos

obrantes en el expediente aprecian que no hubo infracción alguna de la *lex artis ad hoc*.

En primer lugar procede señalar que, mediando un consentimiento informado en el que se recogen como complicaciones “típicas” de la cirugía practicada tanto la “infección” como la rigidez o limitación funcional -lesiones cuyo resarcimiento aquí se impetra-, es forzoso concluir que nos encontramos ante la materialización de un riesgo descrito y asumido por el paciente, y no ante las consecuencias de una praxis “incorrecta”. En efecto, consta que en la técnica aplicada (agujas de Kirschner) -mínimamente invasiva y cuya procedencia no se discute- es necesario que una pequeña pieza de metal sobresalga de la piel tras la cirugía para que, consolidado el hueso, pueda procederse a la extracción de la aguja. Ello implica la comunicación entre la piel y el hueso, lo que genera el riesgo de infección (independientemente del tipo de apósito utilizado) en el llamado sitio de la aguja, complicación contemplada en la literatura médica y especificada en el consentimiento informado. Frente a esta evidencia, el interesado se limita a invocar genéricamente la falta “de medidas de profilaxis apropiadas” tanto en la intervención como en las posteriores curas, sin concretar ni acreditar las medidas de higiene indebidamente omitidas. Únicamente refiere que se le remitió a su domicilio con una herida “abierta” que presentaba “dos orificios por donde salían ligeramente las cabezas de las agujas”, cubierta con un apósito, pero de lo actuado resulta -sin criterio médico que lo contradiga- que la técnica empleada -y consentida- consiste precisamente en esa actuación, que presenta tanto ventajas (por ser la menos invasiva) como servidumbres (riesgo de infección).

También hemos de reparar en que cuando se asiste a la concreción de un riesgo descrito para una actuación clínica en el consentimiento informado que conoce y suscribe el paciente no puede entrar en juego la doctrina del daño desproporcionado, ni alterarse así la carga de la prueba. De ahí que no pese sobre la Administración sanitaria la carga de acreditar que se adoptaron las medidas de profilaxis adecuadas, máxime ante la imputación genérica e imprecisa que vierte el perjudicado desconociendo que, durante el tiempo en el

que pudo generarse la infección, no estuvo ingresado y pudo desarrollar su actividad diaria y cotidiana en su entorno sin especiales limitaciones.

Por ello, en rigor, no puede estimarse aquí acreditado el pretendido origen nosocomial de la infección, pues el interesado se limita a formular una hipótesis -deducida de la mera consideración de que las bacterias detectadas son "habitualmente adquiridas en los hospitales" y no de un criterio pericial-, e incluso se conduce contradictoriamente al denunciar también "haber sido enviado a su domicilio con la herida abierta", con lo que sugiere un origen extrahospitalario del proceso infeccioso. Igualmente, se pronuncia en términos imprecisos y meramente probabilísticos cuando alude a que fue sometido "a un bloqueo de plexo braquial siendo posible que la infección se haya producido mediante dicho bloqueo". Es más, aunque se admitiera el posible origen nosocomial del proceso infeccioso debemos recordar que en el actual estado de la ciencia y de la técnica médicas es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan este tipo de infecciones. Así lo considera también el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en la Sentencia de 9 de octubre de 2017 -ECLI:ES:TSJAS:2017:3028- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) al declarar que "en materia de asepsia hospitalaria hemos de recordar que ha de acreditarse el estándar de cuidado y limpieza para evitar en lo técnica y humanamente posible las rebeldes infecciones hospitalarias, y que corresponde a la Administración sanitaria (...) justificar que ha cumplido con los protocolos de asepsia en el caso". Sin embargo, en el supuesto planteado el reclamante no alega nada acerca del adecuado cumplimiento de los protocolos de asepsia, el propio o el asistencial, y tras las periciales que avalan la actuación médica tampoco opone objeciones precisas en fase de alegaciones.

En segundo lugar, invoca el reclamante la "tardanza en el inicio de la rehabilitación" como causa de agravación de la secuela de movilidad que sufre, y alude además a "un control deficiente de la infección" al que no anuda un concreto daño. En uno y otro caso se trata de afirmaciones que contradicen lo apreciado por todas las periciales obrantes en el expediente -que no observan

mala praxis en el conjunto del proceso asistencial, inmediato al momento de producirse la fractura y continuado en su seguimiento a la vista de la evolución de la herida-, y que se vierten de forma apodíctica, sin argumentación alguna o referencia a literatura médica, por lo que no pueden ser tenidas en consideración.

Por último, respecto a las carencias que se denuncian en el consentimiento informado, consta en el expediente que el reclamante recibe un impreso cumplimentado por un facultativo en atención al caso concreto (de ahí la denominación de "documento inespecífico"), que firma y en el que se explicita que se trata de una "cirugía urgente" consistente en osteosíntesis con agujas, consignándose a continuación seis riesgos típicos: hemorragia, hematoma, infección, defectos funcionales, defectos estéticos y ausencia de consolidación. Debe subrayarse que una sólida línea jurisprudencial mantiene que las eventuales omisiones en la información suministrada solo son relevantes y merecen una indemnización cuando medie una relación de causalidad entre ellas y el resultado lesivo, pues aunque el déficit informativo encierra una mala praxis no genera *per se* un derecho al resarcimiento, que no procede cuando del acto médico no se deriva daño alguno. En el supuesto examinado se denuncian diversas carencias en la información suministrada, pero resulta incontrovertible que el interesado es informado del riesgo de "infección" que se materializa. Objetivado que los padecimientos y secuelas "son derivados de un cuadro infeccioso tras osteosíntesis por fractura metacarpiana" y posible intolerancia a la misma, tal como se constata en el informe emitido por el Jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Agustín, no se atisba el necesario nexo causal entre las deficiencias que se acusan en el documento suscrito (ausencia de "explicación" sobre la intervención, mención meramente "genérica" de las posibles secuelas o de los riesgos "personalizados" y falta de consignación de "alternativas posibles") y el daño cuya indemnización se reclama. En supuestos similares este Consejo viene manifestando (por todos, Dictámenes Núm. 237/2013 y 81/2019) que "en ausencia de daño (...) no es posible reconocer una indemnización por la no

prestación del consentimiento informado por escrito” del paciente, debiendo igualmente entenderse que cuando lo que se denuncia es una carencia en la información documentada el daño resarcible ha de ser concreción de ese riesgo cuyo conocimiento se oculta al paciente, sin que deba responderse ante complicaciones abiertamente asumidas por él, como aquí acontece.

El reclamante aduce, ya en fase de alegaciones, la falta de documento de consentimiento informado “para la anestesia mediante bloqueo de plexo braquial” pese a que en el Hospital “X” “existe un modelo específico para este bloqueo”. Al respecto, debe advertirse -tal y como se ha razonado- que tampoco puede estimarse acreditado que el cuadro infeccioso derive de esa práctica anestésica, extremo que el propio reclamante refiere en términos puramente hipotéticos, por lo que quiebra el vínculo causal entre las lesiones sufridas y la omisión denunciada. En cualquier caso, constando que se trata de una “cirugía urgente”, no programada, y que implica necesariamente el recurso a una técnica anestésica en la que el paciente es consciente durante la intervención, procede recordar que el Tribunal Supremo tiene establecido que la exigencia legal de forma escrita no excluye de manera radical la validez del consentimiento prestado de forma verbal, si bien ello supone invertir la carga de la prueba de que efectivamente se proporcionó la información pertinente y se prestó el consentimiento (por todas, Sentencias de 25 de abril de 2005 -ECLI:ES:TS:2005:2506- y de 25 de mayo -ECLI:ES:TS:2011:3542- y 27 de diciembre de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:9314-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Secciones 6.ª y 4.ª). Tal como señalamos en el Dictamen Núm. 361/2011, no resulta suficiente a ese efecto el mero hecho de la aceptación de la intervención por el enfermo. En el supuesto analizado, hallándonos ante una técnica anestésica que exige la colaboración del paciente, el cual permanece consciente en todo momento y ha firmado el consentimiento para la cirugía principal, se evidencia que medió una información verbal sobre la pertinencia de la anestesia y que ha de estimarse suficiente tratándose de una intervención urgente.

En definitiva, no se objetiva en lo actuado negligencia médica alguna, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*, según se desprende de los informes incorporados al expediente, los cuales en ningún momento han sido desvirtuados por el reclamante, quien no hace uso del derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El perjuicio sufrido constituye la desgraciada materialización de complicaciones inherentes a la cirugía practicada recogidas en el documento de consentimiento informado, por lo que el daño ocasionado no resulta antijurídico y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.