



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 10 de abril de 2001, D. A. E. B. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el INSALUD, que basa en los siguientes hechos:

- Debido a enfermedad cardíaca (fibrilación paroxística recurrente con cuadros de síncope), el 13 de marzo de 1996 y tras sufrir una bradicardia extrema, se le implantó un marcapasos Biotronic, modelo Gemnos 03, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia
- Al continuar sus molestias, en julio de 1998 se le realiza una ablación del nodo AV, en un centro privado de Barcelona.
- A pesar de lo anterior su sintomatología no mejora, lo que el interesado imputa a lo inadecuado del marcapasos que le fue implantado, que no cuenta con mecanismos antitaquicardia.
- En el verano de 1999 continúan los mismos síntomas y molestias, por lo que acude al Hospital General Universitario, donde se le aprecian fallos esporádicos de estimulación ventricular, siendo remitido al Virgen de la Arrixaca, con la indicación de que se comprobaran los parámetros de los electrocatéteres, pues su disfunción podía ser la causa de los fallos cardíacos del paciente.
- Ignorando dicha indicación, el 30 de julio del citado año se le implanta un segundo marcapasos que no consigue mejorar la sintomatología del paciente, siendo diagnosticado de disfunción de electrodo ventricular.
- El 20 de diciembre siguiente se le implanta un nuevo electrodo ventricular, existiendo dificultades para la extracción del electrocatéter. El paciente es dado de alta dos días después de la intervención, sin que se le haga referencia alguna acerca de la existencia de complicaciones durante aquélla.
- En los días siguientes el paciente sigue encontrándose mal, con molestias torácicas y ansiedad, acudiendo de nuevo en enero de 2000 al Hospital General Universitario, donde se le realizan pruebas exploratorias que detectan *"la existencia de un trozo de catéter en mi organismo (de 30 a 50 centímetros aproximadamente) que se dirigía desde el ventrículo derecho hacia la arteria pulmonar para volver de nuevo hacia ventrículo y aurícula derecha"*. El paciente desconocía la existencia de dicho objeto en su corazón.
- Es remitido de forma inmediata al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para la extracción del fragmento de catéter, donde se le informa del riesgo que supone la existencia del citado objeto en su organismo y de la necesidad de extraerlo, proponiéndole a tal efecto su rescate mediante un catéter cesta y, si fracasaba dicha técnica, proceder a su extracción mediante cirugía cardíaca.
- Manifestando su desconfianza hacia el equipo médico que no le había informado inmediatamente después de su intervención de la existencia del electrocatéter en su cuerpo, el 31 de mayo de 2000 el reclamante se somete, en una clínica privada, a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea para la extracción del catéter de marcapasos.
- Como consecuencia de dicha operación sufre síndrome postpericardiotomía con derrame pleuro pericárdico secundario, con fiebre y disnea a pequeños esfuerzos, que determinan su

ingreso, el 3 de julio de 2000, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, siendo dado de alta 25 días después. Es tratado con corticoides, presentando en la actualidad cuadro depresivo reactivo que precisa tratamiento psicológico.

En su virtud, solicita una indemnización de 58.671.486 pesetas (352.622,73 euros), según el siguiente detalle:

- 16.000.000 de pesetas por los días de padecimiento sufridos desde la implantación del primer marcapasos, el 10 de marzo de 1996, hasta el alta definitiva el 25 de julio de 2000 (1.600 días).
- 25.000.000 de pesetas por las secuelas descritas.
- 15.000.000 de pesetas por las dolencias, el riesgo y la zozobra sufridos durante la intervención de cirugía extracorpórea.
- 2.218.694 pesetas por los gastos médicos derivados de dicha intervención.
- 452.792 pesetas en concepto de gastos de locomoción y alojamiento en Barcelona con motivo de la operación.

Acompaña a su reclamación diversa documentación acreditativa de lo expuesto, consistente en informes médicos de los tres centros sanitarios que han atendido al Sr. E., una radiografía en la que se aprecian los catéteres en el interior del cuerpo, así como copias de billetes de tren y avión y facturas tanto de un hotel de Barcelona, como de la clínica privada de dicha ciudad en la que se intervino al reclamante.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el Director Territorial del INSALUD solicita copia del historial clínico e informe de los profesionales que atendieron al interesado.

TERCERO.- El informe del Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de 10 de julio de 2001, indica que en 1996 no existían en el mercado marcapasos con mecanismos antitaquicardia sofisticados para el tratamiento de la fibrilación auricular, por lo que se le implantó el modelo convencional recomendado para el tipo de patología arrítmica del paciente. Incluso en la actualidad, las Guías Oficiales de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en marcapasos no recomiendan la utilización rutinaria de marcapasos con mecanismos antitaquicardia en pacientes con antecedentes de fibrilación auricular paroxística, por no existir todavía estudios concluyentes que indiquen un beneficio claro en este tipo de pacientes.

En relación a los fallos de estimulación ventricular que se apreciaron en las pruebas realizadas por el Hospital General Universitario, se indica que, tras intentar sin éxito reproducir dichos fallos con las maniobras habituales, se diagnosticó el fenómeno de inhibición cruzada, por lo que se solicitó sustituir el generador del marcapasos por otro dotado de un sistema de estimulación especial que evitara aquel fenómeno. En cualquier caso, el informe de alta del Servicio de Cirugía Cardiovascular especifica que se comprobaron los umbrales y la impedancia del electrodo, lo que contradice la afirmación del paciente acerca de que no se comprobaron los parámetros del mismo.

A pesar del cambio de generador continuaban los fallos de estimulación ventricular, por lo que se consideró que el electrodo estaba disfuncionante, solicitando en consecuencia al Servicio de Cirugía Cardiovascular el recambio del electrodo, lo que se llevó a cabo el 20 de diciembre de 1999. El doctor informante (Jefe de Servicio de Cardiología) afirma desconocer si se rompió el electrodo durante la intervención, aunque dado que el informe de alta (del Servicio de Cirugía Cardiovascular) no especifica ninguna incidencia durante la misma, supone que la complicación ocurrió con posterioridad a ella.

Finalmente, al conocer la existencia del electrodo en las cavidades cardíacas del paciente con el extremo proximal suelto, se le recomendó su extracción.

CUARTO.- Posteriormente, se emite informe por el Inspector Médico en el que resume la reclamación, el informe del Servicio de Cardiología y la Historia Clínica del paciente, indicando,

tras realizar diversas consideraciones médicas, que:

- La afirmación del reclamante acerca de la no comprobación de los parámetros eléctricos del marcapasos no es cierta, pues consta que se realizó un seguimiento adecuado y exhaustivo del sensado del marcapasos durante numerosas consultas e, incluso, ingreso hospitalario para estudio, tanto en el Hospital General Universitario como en el Virgen de la Arrixaca. A tal efecto, señala que en octubre de 1999 el paciente estuvo monitorizado en este último centro con holters durante 24 horas, sin que fuera posible reproducir la sintomatología por inexistencia telemétrica de disfunción del marcapasos.

- Durante el recambio del marcapasos, se supone que se intentó retirar el electrodo antiguo, no pudiéndose realizar por adherencia a pared miocárdica, procediéndose a su corte, como consta en la hoja de quirófano. Esta complicación es factible que acontezca, siendo relativamente frecuente la dificultad técnica de extracción de material antiguo. Desde ese momento el paciente sufre molestias torácicas vagas, sin que se aprecien anomalías en holter ni doppler; no existen verrugas, ni derrame pericárdico ni obstrucción de la arteria pulmonar. A pesar de la inexistencia de complicaciones objetivas, se aconseja al paciente la retirada del electrocatéter antiguo, por los riesgos que su permanencia en el interior de las cavidades coronarias conlleva. Se le explican las técnicas a seguir y se le ofrece la posibilidad de llevar a cabo la intervención en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Rechazando dicha posibilidad, el paciente es operado en una clínica privada, sufriendo un síndrome postpericardiotomía que es tratado con éxito en el citado Hospital.

El informe concluye afirmando que no cabe asumir la reclamación efectuada dado que la indicación del marcapasos y la elección del modelo fueron adecuadas en atención a la patología presente en el paciente. También fue adecuado el seguimiento que se le realiza. Asimismo, se indica que las secuelas que presenta el paciente tras la extracción del catéter antiguo se debieron a la intervención practicada en una clínica privada, las cuales fueron solucionadas en el Hospital Virgen de la Arrixaca, constituyendo una elección totalmente personal del reclamante acudir a la sanidad privada.

Finalmente, el Inspector Médico señala que, si cabe exigir alguna responsabilidad a la Entidad Gestora, ésta debe limitarse a la imposibilidad técnica de retirar el material correspondiente al marcapasos antiguo y, por tanto, a los riesgos derivados de su alojamiento en la cavidad cardíaca (endocarditis, pericarditis, derrame pericárdico, etc.).

QUINTO.- A los folios 204 a 212 del expediente, obra informe pericial de la Compañía Aseguradora con la que el INSALUD tenía contratado Seguro de Responsabilidad Civil, en el que se confirma que tanto la indicación del marcapasos como la elección del modelo implantado fueron acertadas. Igualmente adecuado se considera el proceso de seguimiento y control del marcapasos, cuyos parámetros fueron modificados al detectarse fallos en la estimulación ventricular.

Respecto de los citados fallos, afirma que una de las causas de las disfunciones de los marcapasos es la formación de tejido fibroso en el punto de contacto del electrodo con la superficie cardíaca, lo que dificulta la transmisión del impulso eléctrico y da lugar a fallos esporádicos del latido, fallos, por tanto, que no se pueden achacar a una avería del sistema, sino a una reacción orgánica del propio paciente, constituyendo una eventualidad conocida, impredecible e inevitable, sin relación alguna con la actuación médica en el momento del implante ni durante los controles posteriores.

En cualquier caso, cuando se produce una disfunción del marcapasos debe sustituirse, total o parcialmente, según se aprecie que la disfunción afecta a todo el sistema, al generador o al electrodo. En este último caso, su sustitución exige la retirada del cable antiguo mediante maniobras de tracción. Sin embargo, en ocasiones dicha extracción resulta imposible por la

proliferación de tejido fibroso en la zona de contacto del electrodo, que queda firmemente adherido a la superficie cardíaca. Si se aplica una tracción excesiva se corre el riesgo de producir una lesión endocárdica por desgarro con consecuencias potencialmente graves, por lo que es preferible cortar el cable, procediéndose a la introducción del nuevo electrodo y renunciando a la retirada del previo. Posteriormente puede optarse por dejar el cable indefinidamente, lo que supone un riesgo adicional de trombosis e infección (endocarditis) que debe ser controlado; o bien, intentar la extracción del cable mediante maniobras intravasculares o cirugía abierta, con el riesgo de complicaciones propias de las técnicas referidas. Cualquiera de estas dos opciones tiene ventajas e inconvenientes equiparables, por lo que ninguna de ellas puede considerarse como de elección, siendo ambas igualmente válidas.

Concluye el informe afirmando que no se reconoce actuación médica contraria a normopraxis.

SEXTO.- Todo el expediente es remitido a los Servicios Centrales del INSALUD, al objeto de su valoración por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil, que rehusa dicha reclamación.

SÉPTIMO.- Con fecha 3 de diciembre de 2001 se dio trámite de audiencia al reclamante, quien ratificó su pretensión inicial mostrando su disconformidad con los diversos informes médicos obrantes en el expediente, sin que se aporten informes contradictorios y llegando a afirmar que será en el eventual proceso judicial donde *"los peritos de la causa se pronunciarán sobre estos aspectos y otros"*.

Se precisa además que el cable se dejó dentro del corazón por rotura traumática del mismo durante el procedimiento de extracción, y que secundariamente se produjo una movilización del mismo a la arteria pulmonar por no haber fijado el extremo proximal para impedir su movilización como ocurrió después. Una consecuencia de esa localización en la arteria pulmonar es la posibilidad de muerte súbita, la cual no es mencionada en ninguno de los informes obrantes en el expediente.

Finalmente, se hace especial énfasis en la actitud del equipo médico que, tras la intervención del 20 de diciembre de 1999, cuando se deja el fragmento de electrodo en el interior del paciente, no le informa inmediatamente de dicha circunstancia ni de los riesgos que ello supone.

OCTAVO.- Por el Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Murciano de Salud, tras Resolución de su Director Gerente, de fecha 25 de enero de 2002, que le encomendó la tramitación de los expedientes de reclamación de responsabilidad patrimonial ya incoados y pendientes de resolver que se recibieran de la Administración estatal, se elabora propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

El Sr. E., en tanto que es quien sufre los posibles perjuicios imputados a la actuación administrativa como consecuencia de la asistencia médica recibida en un hospital dependiente de la Administración, ostenta la condición de interesado para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo previsto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en

adelante LPAC), en relación con el 4.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante RRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

La reclamación ha sido interpuesta dentro del plazo de un año desde la determinación de los daños físicos por los que se reclama (artículo 142.5 LPAC), siendo el *dies a quo* el del alta hospitalaria, el 28 de julio de 2000 (folio 157).

En cuanto a la legitimación pasiva y al procedimiento para la tramitación de la reclamación, tras el traspaso de funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria de la Administración del Estado a la Administración regional, cabe dar aquí por reproducidas las consideraciones efectuadas por este Consejo en su Dictamen 65/02.

Respecto a la tramitación del procedimiento anterior a la aludida transferencia, cabe poner de manifiesto que se ha rebasado ampliamente el plazo para resolver la reclamación (artículo 13.3 RRP), advirtiéndose asimismo incumplimientos de los plazos parciales establecidos reglamentariamente para la cumplimentación de los diversos trámites y actos de instrucción.

Por otra parte, se recabó informe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, pero no consta informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular de dicho centro hospitalario, a pesar de ser un cirujano de dicho servicio, el Dr. G., quien llevó a cabo la intervención de sustitución de marcapasos, como resultado de la cual permaneció en las cavidades coronarias del paciente un fragmento de electrodo que fue necesario extraer con posterioridad, con las consecuencias que se recogen en la reclamación. En este sentido, sólo consta en el expediente el informe de quirófano (folio 147), donde se consigna el corte del electrodo ventricular antiguo, sin efectuar mayores precisiones acerca de si se procedió o no a fijar el extremo del electrodo seccionado. La ausencia de dicho informe impide además conocer por qué no se comunicó al Servicio de Cardiología que el paciente mantenía en su interior un fragmento del anterior electrodo, ni tampoco se le comunicó al paciente de forma inmediata.

TERCERA.- Inexistencia de responsabilidad patrimonial.

No obstante las circunstancias apuntadas en la consideración anterior, procede desestimar la presente reclamación dado que:

a) Las actuaciones médicas han sido las adecuadas en todo momento a la sintomatología y circunstancias del paciente, como han venido afirmando los informes obrantes en el expediente, que no han sido contestados por el reclamante mediante la aportación de pruebas periciales contradictorias. Así, tanto la indicación de implantación de marcapasos como la elección de modelo se consideran acertados en los citados informes. Igualmente se encuentran documentadas en la historia clínica del reclamante las diversas pruebas tendentes a la comprobación de los parámetros del sistema y a la modificación de los mismos en atención a las circunstancias del paciente, procediendo a la sustitución del marcapasos cuando se llegó al diagnóstico de que se encontraba disfuncionante.

b) La implantación del nuevo marcapasos hacía necesaria la retirada del electrodo antiguo. Sin embargo, durante la intervención surgió una complicación derivada de una reacción del propio organismo del paciente que obligó a seccionar el citado electrodo, quedando éste alojado en el interior del corazón. Esta actuación se considera ajustada a la "lex artis" por el informe del perito de la Compañía de Seguros. Es cierto que no consta que se le informara de la permanencia del objeto en su cuerpo de forma inmediata tras la operación, aunque tras los controles a que se sometió con posterioridad sí se le recomendó la extracción del material antiguo, explicándole las técnicas a seguir y ofreciéndole la posibilidad de operarse en el propio Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

c) El reclamante acudió a una clínica privada para que le extrajeran el fragmento de electrodo alojado en su corazón, resultando con las secuelas que describe en su reclamación. Éstas se

consideran en el informe del perito aportado por la Compañía de Seguros *"una complicación inevitable de una cirugía necesaria y, en cualquier caso, fue controlada farmacológicamente sin que exista referencia a secuelas derivadas de dicho cuadro"*. En cualquier caso, la intervención fue practicada en un establecimiento sanitario privado por elección personal del ahora reclamante, sin que fuera derivado o remitido al mismo por el INSALUD.

En definitiva, cabe concluir que los actos médicos cumplieron la finalidad sanitaria pretendida, ajustándose a la *"lex artis ad hoc"*, lo que determina que el hipotético daño no sea antijurídico y deba ser soportado por el paciente. Y ello porque en el ámbito quirúrgico la medicina no puede garantizar de forma absoluta el éxito de la intervención, excluyendo cualquier complicación, secuela o efectos secundarios.

CUARTA.- El derecho a la información del paciente.

En atención a lo expuesto, si bien cabe desestimar la pretensión indemnizatoria del reclamante en lo que se refiere a las actuaciones médicas llevadas a cabo, queda por analizar un aspecto que alcanza sustantividad propia, especialmente tras el énfasis que en las alegaciones formuladas por el interesado se pone en la no comunicación de las complicaciones habidas en el transcurso de la intervención del día 20 de diciembre de 1999, que determinaron que el interesado no conociera la persistencia del electrodo antiguo en su corazón hasta tiempo después.

Debe comenzarse por recordar que el artículo 10.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS), reconoce el derecho del paciente a que se le dé en términos comprensibles, a él y a su familia o allegados, información completa y continuada verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Es lo que se denomina información terapéutica, clínica o asistencial, que se configura como un aspecto general de la relación facultativa, debiendo ser constante y continua y no referida únicamente a supuestos o episodios de riesgo u orientada a la consecución del consentimiento para la realización de una determinada intervención (el consentimiento informado a que se refiere el artículo 10.6 LGS).

La información, además, ha de ser completa de forma que ha de contemplar todos los aspectos del proceso médico a que se somete el paciente, dado que, en definitiva, su finalidad no es otra que la de posibilitar que aquél conozca su propio estado de salud.

Así expuesto el alcance del derecho a la información de que goza el paciente, cabe analizar a continuación si ese derecho se ha visto lesionado durante el proceso médico a que fue sometido el Sr. E. En este sentido, el interesado fue informado de la existencia del fragmento de catéter en su cuerpo y se le indicó el tratamiento indicado para su extracción, con explicación de las técnicas a seguir, ofreciéndole la posibilidad de operarle en el mismo Hospital Virgen de la Arrixaca. Por tanto, sí fue informado, aunque, según se alega por el paciente y no se discute por los doctores preinformantes, ello se hizo un tiempo después de la intervención de 20 de diciembre de 1999. Cuánto tiempo después es algo que no se precisa en el expediente, aunque desde luego ni en el informe de alta tras la intervención (folio 18), ni en la hoja de quirófano (folio 147) se consignan las circunstancias en las que queda el electrodo antiguo ni las actuaciones a seguir para su extracción. Por su parte, en la propia reclamación y en informe de 1 de abril de 2000 del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario (folio 20), se afirma que las primeras pruebas (radiografía y ecocardiograma) tras la intervención se realizan en enero de 2000, si bien el primer informe que recoge la existencia del electrodo antiguo y la información que se da al paciente es de fecha 3 de marzo de 2000 (folio 22).

Según dicha cronología, parece probado que al Sr. E. no se le comunicó de forma inmediata tras la intervención la situación en la que quedaba, pudiendo considerar que, en tal caso y en

contra de lo preceptuado por el artículo 10.5 LGS, la información suministrada al paciente, si bien completa, no reuniría la característica de ser continua, ya que durante un lapso temporal más o menos duradero se le privó de conocer cuál era su verdadero estado de salud.

Es cierto que, en concretos casos, cabe admitir la conveniencia de ocultar al paciente determinada información cuando de la misma no se obtendría para él un beneficio sino un perjuicio, aludiendo así al denominado "privilegio terapéutico", pero esta figura no ha sido plasmada legislativamente y sólo podría aceptarse en casos excepcionales, cuando esté sólidamente fundado y no basado en meros indicios especulativos. En cualquier caso, no consta en el expediente justificación alguna que pudiera amparar la tardanza en facilitar la información al interesado en un hipotético privilegio terapéutico, por lo que esta posibilidad debe ser descartada.

Acreditada dicha vulneración del derecho del paciente a tener una información constante y continuada acerca del proceso médico que le afecta, resta por determinar si ello ha de derivar en responsabilidad patrimonial de la Administración. A tal efecto debe recordarse que no todos los daños o perjuicios sufridos por los interesados en un establecimiento sanitario público son susceptibles de ser indemnizados, sino tan sólo aquéllos que sean consecuencia del normal o anormal funcionamiento de los servicios públicos. En tal sentido, ya se descartó en la anterior Consideración dicha responsabilidad en cuanto a las actuaciones médicas a las que se sometió al interesado, en tanto que éstas se consideraban adecuadas a la "lex artis", siendo las secuelas invocadas por el interesado una consecuencia inevitable de todo el proceso de su enfermedad, lo que excluía cualquier antijuridicidad de las mismas. Ahora bien, si la tardanza en informar al paciente de su estado de salud hubiera influido en la producción de aquellas secuelas o en su agravamiento, sí cabría entender que ese retraso habría ocasionado un perjuicio al paciente susceptible de ser resarcido.

Sin embargo, nada en el expediente permite llegar a tal conclusión, dado que al margen de la manifiesta renuncia del interesado a aportar pruebas periciales en la vía administrativa de reclamación, los informes médicos que se contienen en aquél permiten llegar a afirmar que ese agravamiento no se produjo. Especial atención merece en este punto el informe emitido por el Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario, de 1 de abril de 2000, en el que se afirma que, tras la intervención de 20 de diciembre de 1999, *"en los sucesivos controles radiológicos no se aprecia movilización significativa de la posición del cable. No se han apreciado arritmias ventriculares en registro de Holter de 24 horas. En dos exploraciones ecocardiográficas-Doppler tampoco se detectan verrugas, derrame pericárdico ni datos de obstrucción al flujo en TSVD o A. Pulmonar"*, descartando así una movilización significativa del cable y la existencia de derrame pericárdico con anterioridad a la operación de extracción del mismo. Resulta acreditado, pues, que el desconocimiento por parte del paciente de la permanencia en su interior del fragmento del catéter antiguo no le supuso ni la producción de las secuelas alegadas ni su agravamiento, sino que, antes bien, se corrobora la afirmación de que aquellas responden a una consecuencia inevitable de la cirugía a la que se sometió para la extracción del citado material. No existe, en definitiva, un resultado dañoso anudado al retraso en facilitar la información. Cabe citar en este sentido una sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 27 de septiembre de 2001, según la cual *"la falta de información no es "per se" una causa de resarcimiento pecuniario (no da lugar a una indemnización si no hay un daño derivado, evitable de haberse producido) y en el caso no es de ver en qué pudo influir una hipotética falta de información por escrito en el resultado lesivo"*.

No obstante lo anterior, el análisis del supuesto no quedaría completo sin contemplar la posibilidad de que el carácter continuado de la información pueda constituir un bien moral cuya perturbación sea susceptible de ser indemnizada, al margen de la corrección técnica del

proceso médico en el que se integra. Al respecto, la jurisprudencia contencioso-administrativa (STS, Sala 3ª, de 4 de abril de 2000) ha llegado a afirmar ese valor autónomo a efectos resarcitorios únicamente respecto a esa categoría especial de la información médico-paciente que es el consentimiento informado (art. 10.6 LGS), atendiendo a que la ausencia de ese consentimiento traslada la responsabilidad por el resultado dañoso sufrido del paciente (que no ha consentido previa advertencia informada) al médico, determinando que la lesión causada, aun siendo todo el proceso médico conforme a la "lex artis" y tener la condición de consecuencia inevitable de aquél, deviene en antijurídica. Incluso en estos casos, para llegar a la conclusión apuntada es necesario un análisis caso por caso para determinar si ha habido una falta absoluta de información, o tan sólo se ha omitido determinado aspecto, es decir, debe contemplarse la transcendencia de la falta de información.

En el caso sometido a consulta, debe recordarse que no nos encontramos ante una falta de consentimiento informado, sino ante una información denominada clínica, terapéutica o asistencial, cuya finalidad es meramente la de mantener informado al paciente acerca de su estado de salud, careciendo de la transcendencia en cuanto a la imputación de responsabilidad de que goza el consentimiento informado. Por ello, y atendiendo al hecho de que el paciente sí recibió esa información en el transcurso del proceso médico, aunque no de forma inmediata, no cabe considerar la existencia de un daño moral autónomo respecto de las secuelas o lesiones alegadas, las cuales ya se han considerado como no antijurídicas y, en consecuencia, no resarcibles.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, al no haber quedado acreditado el nexo causal.

No obstante, V.E. resolverá.