

<p>Expediente: 19/2008 Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria Dictamen: 18/2008, de 26 de mayo</p>

DICTAMEN

En Pamplona, a 26 de mayo de 2008

El Consejo de Navarra, compuesto por don Enrique Rubio Torrano, Presidente, don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario, y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don Julio Muerza Esparza, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 23 de abril de 2008 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que, con cita expresa del artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por don ..., en nombre y representación de doña ..., doña ..., doña ... y doña ..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 44/2008, de 18 de abril, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este

Consejo, así como escrito de la misma al Presidente del Gobierno para que, por su conducto, se formule la consulta.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito presentado el día 18 de julio de 2007 en el Registro General del Gobierno de Navarra y recibido al día siguiente en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, don ..., en nombre y representación de doña ..., doña ..., doña ... y doña ..., formula reclamación de indemnización de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial del citado Servicio, por un importe de 200.000 euros, “por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que llevaron al fallecimiento de DON ...”, esposo y padre de las reclamantes.

En dicho escrito se alegan sustancialmente los hechos que a continuación se relatan.

Don ..., a principios de 2006, “comenzó a sufrir un cuadro de dolor abdominal persistente, de varios meses de evolución, con pérdida de peso y anorexia”. Padecía, también, “alteración del ritmo intestinal”.

En varias ocasiones acudió a su médico de cabecera, sin que éste le remitiera a un especialista de “Digestivo”.

El 1 de agosto de 2006, don ... acudió nuevamente al médico de cabecera que, inicialmente, le ofreció “una consulta preferente con Digestivo, pero ante la insistencia del dolor del paciente, y la sintomatología acompañante, se decidió a remitirlo al Sº de Urgencias del Hospital ...”.

“Tras la práctica de una colonoscopia y un TAC de abdomen, se le diagnosticó de un tumor en el colon recto, con metástasis hepáticas”.

En los días siguientes al ingreso del paciente, y ante el desarrollo de un cuadro suboclusivo, se decidió la “colocación de una prótesis auto expandible, en lugar de cirugía”.

“Se prescindió de la obligación legal de obtener el consentimiento informado para la colocación de la prótesis”.

Tras ello no se obtuvo mejoría del cuadro clínico y el 17 de agosto “se decidió cirugía urgente ante la sospecha de una obstrucción intestinal”.

“En el acto quirúrgico se encontró isquemia de colon, con perforación en el colon derecho, y perforación también a nivel de la neoplasia dónde se había colocado la prótesis, y una peritonitis fecaloidea masiva”. Se procedió a practicar una colectomía total al paciente, que falleció, tras su ingreso en la UCI, ese mismo día.

El reclamante invoca los artículos 43 de la Constitución, que reconoce el derecho a la protección de la salud; 3.1, 6 y 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; 38.1.a) y b) del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social; 12.3 y 16. b) de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud; 106 de la Constitución y 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), sobre responsabilidad de las administraciones públicas; y, los artículos 1, 25, 26, 28 y 29 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Los daños y perjuicios causados a las reclamantes ascienden -a juicio de su representante- a la cantidad total de 200.000 euros.

Al escrito de reclamación se acompaña el poder para pleitos otorgado por doña ..., doña ..., doña ... y doña ... a favor de don ..., la solicitud de consulta urgente formalizada por la médico de cabecera el 1 de agosto de 2006 y los informes de los Servicios de Digestivo y de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital ..., de 17 de agosto de 2006.

Instrucción del procedimiento e informes

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación, fechada el 27 de julio de 2007, a don ... admitiendo a trámite la reclamación

de responsabilidad patrimonial, con número de expediente 8295/2007, nombrando instructora del procedimiento e informando al interesado que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución era de seis meses a contar desde el día 19 de julio de 2007.

Iniciada la instrucción, se solicitó a la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria copia de la documentación clínica de don De la documentación clínica aportada cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos, a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- Paciente de 63 años, diabético, diagnosticado de colon irritable, que en 2005 refirió tenesmo rectal muy frecuente que mejora a temporadas, sin rectorragias o pérdida de peso.
- Con fecha 1 de agosto de 2006 se le remite desde el Centro de Salud de Mendillorri al Servicio de Urgencias, por intenso dolor abdominal.
- Con fecha 8 de agosto de 2006, y previa la suscripción de los correspondientes consentimientos informados para la anestesia y para la intervención, se practica al paciente una colonoscopia que determina la existencia de una neoformación estenosante, a unos 15 centímetros, que impide el paso del endoscopio. Las muestras tomadas para las biopsias permiten realizar, el 9 de agosto de 2006, el siguiente diagnóstico anatomopatológico: “adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante (biopsias de unión recto-sigma” y “adenoma tubular y pólipo hiper plásico (biopsias de recto)”.
- Con fecha de 11 de agosto de 2006, se realiza al paciente una exploración TC abdominopélvica, concluyéndose por el Jefe de la Sección del Servicio de Radiología en el sentido siguiente: “Neoplasia rectosigmoidea estenosante, con metástasis hepáticas”.

- Con fecha de 14 de agosto de 2006, se vuelve a practicar al paciente una colonoscopia y se le coloca "prótesis autoexpandible Wallflex de 25 mm de diámetro y 12 cms de longitud sobre guía rígida, sin incidentes, comprobando que la parte distal queda a unos 2-3 cms de la parte distal de la neoplasia".
- El 16 de agosto de 2006 se aprecia al paciente un "colon repleto de heces que no se van a vaciar fácilmente de forma espontánea". Se sugiere "un enema de limpieza a baja presión antes de plantear una actuación quirúrgica consistente en colostomía de descarga". Tras el enema que se le practica, realiza una deposición abundante pero todavía insuficiente. Se le administra gastrografin para estimular el tránsito intestinal o localizar si existe un nuevo punto de obstrucción.
- Posteriormente sufre un empeoramiento general, añadiéndose vómitos. Se decide intervenir de urgencia en la mañana del día 17 por sospecha de obstrucción o perforación, explicando la gravedad de la situación y la posibilidad de un estoma. Se le realiza colectomía total, resección anterior baja con cierre de muñón rectal e ileostomía terminal.
- Trasladado tras la operación a la Unidad de Cuidados Intensivos, fallece el mismo día 17, a las 23,05 horas, por shock séptico con disfunción multiorgánica.

Con fecha de 23 de octubre de 2007, emitió informe el médico de cabecera de don ..., relatando los actos médicos realizados en su consulta, desde el 7 de febrero de 2006 hasta el 1 de agosto de 2006, fecha en la que el paciente fue derivado a Urgencias Hospitalarias.

Con fecha de 3 de enero de 2008, emitió informe el jefe del Servicio de Digestivo del Hospital En el mismo se indica que antes de la colocación de la prótesis autoexpandible, se informó a la familia del paciente de esa decisión y de los posibles riesgos de la misma.

Por Resolución 86/2008, de 17 de enero, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se amplió el plazo para la resolución del expediente por un periodo de tres meses a contar desde el día 19 de enero de 2008.

Con fecha de 23 de enero de 2008, es el doctor don ..., del Servicio de Digestivo, el que informa, entre otras cosas, que “no consta el consentimiento informado para la colocación de prótesis en el colon y que está protocolizado en el Servicio de Digestivo desde hace varios años. En la sistemática de trabajo que tenemos establecida, el consentimiento se explica por el médico de la planta que solicita la exploración, y se comprueba que está en la historia del paciente antes de realizarla. Ignoro porque (*sic*) no está en la documentación”. Asimismo, se indica en el informe, que cuando se decidió la cirugía urgente ante la sospecha de obstrucción intestinal, “se encontró isquemia de colon con perforación en el colon derecho, y perforación también a nivel de la neoplasia dónde se había colocado la prótesis, y una peritonitis fecaloide masiva”.

Precisa este mismo informe que “desde hace ya 6 – 8 años se considera que es mejor el sistema de prótesis autoexpandible que la cirugía en este tipo de pacientes, dada la rapidez y eficacia habitual en la resolución de los síntomas, con menos morbimortalidad que la cirugía en los estudios comparativos realizados. De todas formas la colocación de prótesis autoexpandible también presenta un riesgo de complicaciones”.

En el caso presente –sigue el mismo informe- “la colocación fue sencilla y sin dificultades. Sin embargo el paciente continuó con dolor y con abdomen distendido y timpanizado. Se repitió Rx abdomen confirmando colon distendido con niveles y asas de delgado, sin neumoperitoneo, lo que va en contra de perforación intestinal en ese momento”.

“No se consiguió que el intestino recuperara su peristaltismo normal de progresión, a pesar de que la prótesis dilató la estenosis tumoral correctamente”.

“Esta distensión abdominal persistente es lo que probablemente acabó produciendo la isquemia intestinal de colon derecho y la consiguiente perforación encontrada en la intervención quirúrgica urgente del día 17 de agosto de 2007 y que condicionaba la peritonitis fecaloidea masiva. La perforación encontrada a nivel del tumor en sigma estaba cubierta por la cara posterior de la vejiga, por lo que no era una perforación libre que pudiera tener relación con la peritonitis. Esta perforación puede suceder en la evolución natural del tumor, siendo difícil saber qué papel pudo tener la prótesis en ella”.

En conclusión, manifiesta este informe que el tumor se encontraba avanzado, con múltiples metástasis hepáticas y se recomendó el tratamiento más aceptado, por la sencillez, eficacia y menor morbimortalidad, que es la prótesis autoexpandible. “Desgraciadamente no se obtuvo la mejoría esperada, persistiendo la dilación de colon e intestino delgado, a pesar de que la prótesis se colocó bien y sin incidencias”.

“La dilatación persistente de las asas de colon e intestino delgado produjo una isquemia en colon derecho y la perforación libre a ese nivel que condicionó la peritonitis fecaloidea masiva, lo que llevó al shock séptico y fallo multiorgánico a pesar de la intervención quirúrgica urgente del día 16 de agosto de 2006”.

El 28 de enero de 2008 se emitió “dictamen médico” por tres especialistas en Cirugía General y Digestivo, doctores don ..., don ... y don ..., y por el especialista en Cirugía General don ..., que concluyen que el tratamiento propuesto en la situación del paciente (colocación de la endoprótesis) fue el adecuado. Si bien, a pesar de ello, “el resultado no es satisfactorio, produciéndose como complicación perforación del colon y peritonitis fecaloidea”.

Trámite de audiencia

Conferido trámite de audiencia al reclamante, conforme a lo previsto en el artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) y

el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, se concedió un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase pertinentes, sin que hiciera uso de tal facultad.

Propuesta de resolución y acuerdo de suspensión del plazo de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de fecha 9 de abril de 2008, de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don ..., en nombre y representación de doña ..., doña ..., doña ... y doña ..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Por último, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea acordó el 10 de abril de 2008 suspender el plazo para resolver “hasta que se reciba el informe del Consejo de Navarra”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1^a. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios presentada por don ..., en nombre y representación de doña ..., doña ..., doña ... y doña ..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios que llevaron al fallecimiento de don Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. Por último, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al recurrente, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el principio de audiencia y el derecho de defensa que corresponde al reclamante otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Prevista en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la LRJ-PAC, parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas

procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, según cuyo tenor, los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión, dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

II.3ª. En particular, causalidad e imputación objetiva del daño. El consentimiento informado

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (por ejemplo, dictámenes 33/2003, de 5 de mayo, 8/2006, de 20 de marzo y 26/2006, de 11 de septiembre), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la

Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002). Así mismo, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

Por otro lado, como también ha recordado recientemente el Tribunal Supremo (SSTS 21 de marzo de 2006 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el presente caso, la reclamación tiene su fundamento en lo que se considera un anormal funcionamiento del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, como consecuencia del cual se han producido unos daños, que han quedado individualizados en el fallecimiento de don ...i.

A la vista de lo expuesto es necesario acudir al contenido del dictamen médico aportado al expediente (el reclamante no ha presentado ningún informe técnico al respecto) para concluir que la actuación médica seguida fue la correcta, aunque el resultado no fuera satisfactorio, al producirse como complicación la perforación del colon y peritonitis fecaloidea.

Como tiene señalado este Consejo (dictamen 26/2006, de 11 de septiembre) una cosa es que el daño producido sea consecuencia de una intervención quirúrgica defectuosa debido a una negligencia profesional del facultativo que intervino en la operación, lo que en este caso no fue así, y otra que haya habido daño derivado de un funcionamiento anormal de los servicios públicos sanitarios por una mala aplicación de la *lex artis ad hoc* al

no haber informado al paciente del alcance de la intervención y, por tanto, no haber obtenido su consentimiento.

Como advierte la STS (Sala Primera) de 10 de mayo de 2006, el deber de información integra una de las obligaciones asumidas por los médicos, y es requisito previo a todo consentimiento. Se trata –afirma- de que el paciente participe en la toma de decisiones que afecten a su salud y de que, a través de la información que se le proporciona, pueda ponderar la posibilidad de sustraerse a una determinada intervención quirúrgica, de contrastar el pronóstico con otros facultativos y de ponerla en su caso a cargo de un centro o especialistas distintos de quienes le informan de las circunstancias relacionadas con la misma. “La falta de información –continúa el TS- implica una mala praxis médica” que no sólo es relevante desde el punto de vista de la imputación, sino que es además una consecuencia que la norma procura que no acontezca, para permitir que el paciente pueda ejercitar con cabal conocimiento el derecho a la autonomía decisoria más conveniente a sus intereses, que tiene su fundamento en la dignidad de la persona. No puede aceptarse –concluye esta sentencia- que en los casos en que no es posible optar por otra alternativa distinta al tratamiento, queda enervada la obligación de informar y obtener el consentimiento informado previo a la intervención pues la actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a su salud.

El defecto de consentimiento informado –sostiene la sentencia de la sección sexta de la Sala Tercera, del Tribunal Supremo de 20 de septiembre de 2005-, se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario que da lugar a la indemnización correspondiente cuando de la actuación del servicio público sanitario derivan secuelas de cuya posibilidad no fue informada la paciente (en el mismo sentido, entre otras, SSTS 2 de octubre de 1997, 3 de octubre de 2000 y 4 de abril de 2006).

La regulación del consentimiento informado se ha visto reforzada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y

documentación clínica. Su artículo 2.2 establece: “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos por la Ley. Por su parte, el artículo 8, bajo la rúbrica de “consentimiento informado”, manifiesta en sus tres primeros apartados: “1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica... 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo...” Y, el artículo 9.2.b), en relación con los límites del consentimiento informado, precisa, que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

A la Ley anterior, que tiene condición de básica -según su disposición adicional primera-, en Navarra se debe añadir la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos de los pacientes a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, cuyo artículo 7 -bajo el epígrafe “El consentimiento informado”- preceptúa que “cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada... Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas...”. Y, su artículo 8.1 b), precisa: “Son situaciones de excepción a la exigencia general del consentimiento que permiten realizar las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud de la persona afectada: (...) b) Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento no es posible

conseguir la autorización de éste o de personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho”.

No consta en el caso presente que hubiera recaído el correspondiente consentimiento informado para la colocación de la endoprótesis, no siendo suficiente la manifestación (no justificada documentalmente) que se contiene en los informes unidos al expediente en el sentido de que se informó a la familia de esa decisión y de sus riesgos. Pese a lo que se señala al respecto en la propuesta de resolución del expediente, en el informe del doctor Egüaras de 23 de enero de 2008, lo que se recoge es, como hemos tenido ocasión de señalar anteriormente, que “no consta el consentimiento informado para la colocación de prótesis en el colon y que está protocolizado en el Servicio de Digestivo desde hace varios años. En la sistemática de trabajo que tenemos establecida, el consentimiento se explica por el médico de la planta que solicita la exploración, y se comprueba que está en la historia del paciente antes de realizarla. Ignoro porque (*sic*) no está en la documentación”.

Además, en el dictamen médico de 28 de enero de 2008, lo que se dice es que “a pesar de que la actuación es correcta, el resultado no es satisfactorio, produciéndose como complicación perforación del colon y peritonitis fecaloidea”.

En otras palabras, si bien el tratamiento de la enfermedad fue el correcto y no hubo una intervención quirúrgica defectuosa consecuencia de una negligencia profesional de los facultativos sanitarios, se incumplieron unas previsiones legales definidas y aplicadas por la jurisprudencia, al no haber informado debidamente al paciente de la intervención que se le iba a efectuar o de sus posibles complicaciones, ni obtenido por tanto su consentimiento informado, por lo que su actuación fue contraria a la *lex artis ad hoc*, como se encarga de señalar la jurisprudencia, siendo procedente una indemnización al haberse producido una complicación no deseada de esa intervención.

II.4ª. Fijación de la indemnización

Resta, finalmente, el pronunciamiento obligado sobre el “quantum” indemnizatorio. El reclamante cifra la cantidad exigida en 200.000 €, sin señalar los criterios en los que sustenta su reclamación.

La indemnización responde al principio de reparación integral de los daños y perjuicios causados. La indemnización, comprensiva del daño moral y el perjuicio patrimonial, se calculará atendiendo las circunstancias personales, laborales y familiares de la paciente, así como el papel de la patología y demás circunstancias concurrentes en la lesión. Esta valoración exige una apreciación racional aunque no matemática, dadas las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria, sin olvidar el innegable componente subjetivo de la determinación de los daños morales.

En este sentido conviene recordar que en el caso objeto de dictamen nos encontramos con un incumplimiento del deber de informar al paciente (y obtener su consentimiento) sobre la intervención que se le iba a practicar, en concreto del alcance y riesgos de la colocación de la prótesis autoexpandible en el colon, por lo que su actuación fue contraria a la *lex artis ad hoc*, siendo procedente, en consecuencia, la indemnización del daño padecido.

Desde esta perspectiva, teniendo en cuenta el baremo previsto en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, aprobatorio del texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, ponderado conforme a las circunstancias del presente caso, estimamos que el daño producido como consecuencia del incumplimiento del deber de informar al paciente don ..., debe valorarse en 50.000 euros para su viuda, y en la cantidad de 4.000 euros, para cada una de sus tres hijas.

III. CONCLUSIÓN

La reclamación formulada por don ..., en nombre y representación de doña ..., doña ..., doña ... y doña ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a don ..., debe ser parcialmente estimada en los términos expuestos en el presente dictamen.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.