

<p>Expediente: 16/2002 Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración por daños derivados de asistencia sanitaria. Dictamen: 19/2002, de 13 de mayo</p>
--

DICTAMEN

En Pamplona, a 13 de mayo de 2002,

el Consejo de Navarra, compuesto por don Enrique Rubio Torrano, Presidente, don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario, don Javier Martínez Chocarro, don Joaquín Salcedo Izu, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo, Consejeros,

siendo Ponente don Enrique Rubio Torrano,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 22 de marzo de 2002 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra en el que, de conformidad con el artículo 19.2 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), en relación con el artículo 16 de la misma (modificado por Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre), formula petición de dictamen requerido mediante Orden Foral 38/2002, de 5 de marzo, del Consejero de Salud, sobre expediente de responsabilidad patrimonial formulada por don ... en nombre y representación de D^a ... y D. ..., D. ... y D^a ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. ...

En la Orden Foral reseñada se ordena remitir al Consejo de Navarra el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado por don ... , en nombre y representación de los Sres. ... y ...

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito dirigido al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, registrado el 20 de septiembre de 2001, don ..., en nombre y representación de doña ..., don ... , don ... y ..., interpone reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, por el anormal funcionamiento de los servicios sanitarios en relación al esposo y padre de sus representados, el paciente fallecido, don ...; y suplica se reconozca el derecho de los reclamantes, viuda e hijos del fallecido, a ser indemnizados por los daños y perjuicios en la cantidad de ... euros.

Hechos

Los hechos más significativos a efectos de la reclamación presentada, que derivan de la historia clínica aportada al expediente, son los siguientes:

Con fecha 10 de julio de 2000, don ... acude al Servicio de Urgencias del ... debido a la presencia de úlceras extremadamente dolorosas en extremidad inferior derecha, de evolución tórpida, desde hace cinco meses, resultado de un traumatismo. El paciente presenta los siguientes antecedentes:

- Tabaquismo: exfumador.
- Ulcus duodenal.
- Diabetes mellitus tras pancreatitis crónica con último ingreso un mes antes.
- Síndrome de Raynaud.

Efectuada exploración física, se aprecian pulsos femorales débiles y signos de isquemia bilateral en extremidad inferior derecha. Valorado por cirujano vascular de guardia, ingresa en el Servicio de Cirugía Vascular y Torácica.

El 12 de julio se presenta el caso en sesión clínica en la que se decide la realización de By-pass aortofemoral. El paciente manifiesta inicialmente su oposición a la intervención, si bien con posterioridad parece cambiar de opinión y decide operarse, aunque no consta

documento firmado por el paciente donde conste su consentimiento informado.

El 20 de julio de 2000 se realiza intervención quirúrgica bajo anestesia general, siéndole colocada una prótesis aortobifemoral de Dacron de 14 x 7 mm. El postoperatorio inicialmente cursa dentro de la normalidad. A partir del 26 de julio comienza a aparecer dolor abdominal que se mantiene y va en aumento en días sucesivos. Durante los días 28, 29, 30 y 31 de julio se realizan Rx abdominales en los que se aprecia meteorismo aumentado, gas, dilatación y niveles hidraéreos. Se coloca sonda nasogástrica y se instaura dieta absoluta y nutrición parenteral mediante vía yugular derecha.

El 1 de agosto se avisa al médico de guardia porque el paciente se encuentra peor y disnéico. En la auscultación pulmonar se aprecia hipoventilación generalizada de hemitórax derecho; se realiza Rx de tórax, objetivándose atelectasia completa de pulmón derecho, por lo que se traslada al enfermo a la Unidad de Cuidados Intensivos donde se lleva a cabo punción intercostal derecha con aguja IM, obteniéndose contenido blanquecino de apariencia similar a nutrición parenteral mezclada con sangre.

El 2 de agosto se le conecta a ventilación mecánica. Ese mismo día se produce un aumento del dolor abdominal por lo que se solicita valoración al Servicio de Cirugía General, que le diagnostica obstrucción intestinal. Se procede de inmediato a una intervención quirúrgica en la que se aprecia vólvulo de yeyuno con necrosis intestinal, realizándose resección intestinal y anastomosis. A partir de ese momento se produce una evolución tórpida de la situación del paciente, en la que destacan los siguientes eventos:

- Infecciosos: neumonía nosocomial por E. Coli, infección urinaria por *Candida albicans*, diarrea *Clostridium difficile*, shock séptico por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente y bacteriemia por estafilococo coagulasa.

- Digestivos: HDA por ulcus gástrico, que precisó de transfusión en varias ocasiones, colección intrabdominal purulenta drenada, episodio de rectorragia.
- Cardiacos: hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, lesión coronaria en tres vasos, colocación de Stent en tronco común de coronaria izquierda.
- Encefalopatía multifactorial.
- Hiperglucemias que precisaron tratamiento insulínico, con difícil control.

El 7 de noviembre de 2000 se le efectúa un ecocardiograma TT del que resulta cardiopatía isquémica con alteración segmentaria postero-inferior extensa.

El 13 de noviembre se traslada al paciente al Servicio de Cardiología- Unidad Coronaria donde se intenta su recuperación mediante nutrición enteral y parenteral. El enfermo presenta numerosas complicaciones, intolerancia digestiva con múltiples diarreas, episodios de rectorragias autolimitadas y dolor abdominal valorados por el Servicio de Cirugía General. El 27 de noviembre presenta episodio de EAP con isquemia extensa que es tratado con buen resultado; con posterioridad, persiste la recuperación parcial con varios episodios de EAP resueltos.

El 12 de diciembre de 2000 el paciente presenta fiebre y leucitosis con desviación izquierda por lo que se decide cambiar la vía, produciéndose neumotórax yatrógeno al realizar intento de canalizar vena subclavia, lo que requiere la implantación de pleur-evac con el que se consigue expansión y resolución del neumotórax. Persisten datos de sepsis.

El 15 de diciembre el enfermo presenta de forma brusca un cuadro de disociación mecánica que no es posible remontar y fallece.

Informes y documentación

Obran en el expediente –junto a una copia de la Historia Clínica, bastante perfectible, de don ...- diversos informes médicos relativos a la asistencia sanitaria prestada al paciente, emitidos por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva, por el Jefe Clínico del Servicio de Cirugía Vascul y Torácica, por los Jefes de Servicio y de Sección del Servicio de Cardiología y por el Jefe de Servicio, médico adjunto y M.I.R. del Servicio de Medicina Intensiva, todos ellos del

Por los comentarios y puntualizaciones que contiene su informe merece detenerse, si bien con brevedad, en el emitido el 27 de noviembre de 2001 por el Jefe del Servicio de Cardiología y firmado también por el Jefe de Sección. En él se puede leer: *El paciente ha tenido dos complicaciones iatrógenas: una perfusión de nutrición parenteral a pleura derecha por complicación de punción yugular que se produjo en el Servicio de Cirugía y un neumotórax como complicación de una punción de vena subclavia en el Servicio de Cardiología... en ambos casos el problema fue resuelto adecuadamente. Ninguna de estas complicaciones influyó en la mala evolución del paciente ni dejó ninguna lesión permanente.*

Más adelante, el informe citado explicita las complicaciones habidas en las intervenciones efectuadas al paciente, reconociendo los errores producidos, si bien liberándolos de cualquier secuela negativa una vez rectificadas: *No es cierto que las maniobras para la colocación de la vía yugular causen gravísimos daños al paciente y le perforen el pulmón como se afirma. La complicación consiste en colocación inadecuada del catéter en cavidad pleural y perfusión de líquido a la pleura pero eso no es causa del daño pulmonar y una vez detectado y resuelto, no origina ningún problema persistente. El neumotórax como consecuencia de la punción subclavia consiste en la punción indeseada en un punto del vértice pulmonar que produce una salida de aire a la cavidad pleural. Esta complicación requiere la colocación temporal de un pequeño tubo de drenaje pleural que resuelve el problema también sin dejar ningún daño persistente. Tras la colocación del tubo pleural y mientras el punto del pulmón puncionado se cierra espontáneamente, el funcionamiento del pulmón es normal y por tanto esta complicación no tiene influencia en la*

mala evolución del paciente. Las citadas medidas fueron las aplicadas correctamente a este paciente. Este informe concluye del modo siguiente: Se trata de un paciente con pluripatología muy avanzada, que requiere procedimientos laboriosos y no exentos de riesgos, pero se llevan a cabo debido precisamente a que son necesarios por la afectación múltiple y severa del paciente. Las decisiones continuas en estos pacientes se establecen en las disyuntivas de ventajas y riesgos del procedimiento frente a las ventajas y riesgos de no hacerlo. En pacientes con procesos muy avanzados y generalizados como en este caso no consideramos cierto que ninguno de los hechos que se mencionan en la reclamación hayan tenido un papel relevante en la mala evolución del paciente.

Instrucción del procedimiento

Este procedimiento se ha instruido conforme a los requisitos reglamentariamente establecidos y, en tal sentido, de acuerdo con el art. 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 (en adelante, RPRP), se acordó con fecha 17 de diciembre de 2001 iniciar el trámite de audiencia, una vez instruido el procedimiento e inmediatamente antes de redactar la propuesta de resolución. A tal efecto, se dieron a conocer por la Administración instructora los documentos que obran en el expediente, de los que se ofrecía copia al recurrente, a saber:

- Escrito de interposición de reclamación de responsabilidad patrimonial.
- Notificación al interesado del plazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación de los procedimientos, así como de los efectos que pueda producir el silencio administrativo y demás circunstancias contenidas en el art. 42.4 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).

- Copia de la documentación básica de la Historia Médica de don ... existente en el
- Informe médico referente a la asistencia sanitaria prestada a don ... , emitido por el Jefe Clínico del Servicio de Cirugía Vascolar y Torácica del
- Informe médico referente a la asistencia sanitaria prestada a don ... , emitido por el Servicio de Medicina Intensiva del
- Informe médico referente a la asistencia sanitaria prestada a don ..., emitido por el Servicio de Cardiología del
- Informe médico referente a la asistencia sanitaria prestada a don ..., emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del

Con fecha 15 de enero de 2002 (por error en la Diligencia se escribe 2001), se hace entrega a don ... copia de los documentos unidos al expediente, que habían sido solicitados por el reclamante. Según consta en el expediente, no se han formulado alegaciones, ni solicitado nuevos documentos.

El informe jurídico que elabora el Técnico de Administración Pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea concluye que procede desestimar íntegramente la reclamación formulada dado que *la intervención quirúrgica practicada a D ... era necesaria en virtud de la afección múltiple y severa que presentaba el paciente, y que dicha intervención conllevaba una serie de riesgos, de los que fue informado, derivados de la propia intervención y de la pluripatología que presentaba al ser intervenido, siendo esta última circunstancia la que influyó de forma determinante en la tórpida evolución que sufrió D. ... y que desencadenó su desgraciado fallecimiento.*

En la instrucción del expediente se han superado los plazos inicialmente previstos por la ley para su culminación.

Propuesta de resolución

El Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a la vista del informe jurídico y haciendo suyo el mismo, propone una resolución desestimatoria íntegra de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Carácter preceptivo del dictamen

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

De otro lado, el RPRP dispone en su artículo 12.1 que, cuando sea preceptivo a tenor de lo establecido en la Ley Orgánica del Consejo de Estado, se recabe el dictamen de este órgano consultivo o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, remitiéndole todo lo actuado en el procedimiento, así como una propuesta de resolución. Asimismo, el apartado 2 de dicho precepto reglamentario señala que *se solicitará que el dictamen se pronuncie sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y el modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.*

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 veinte millones de pesetas (120.202,42 euros). En dicho dictamen deberá ser tenido en cuenta lo prevenido en el citado artículo 12.2 del RPRP.

II.2ª. Órgano competente para conocer de la reclamación

En cuanto a la determinación del órgano competente para resolver, la disposición adicional tercera de la Ley Foral 18/1999, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales de Navarra para el año 2000 (y anteriormente la disposición adicional quinta de la Ley Foral 21/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales de Navarra para 1999; e igual disposición de la Ley Foral 15/1995, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales de Navarra para 1996), atribuye al Consejero de Economía y Hacienda, la competencia para la resolución de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y de sus organismos autónomos, previa instrucción de los expedientes por el Servicio de Patrimonio, excepto los procedimientos por responsabilidad patrimonial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y por responsabilidad profesional del personal sanitario al servicio del mismo, que corresponde al Director Gerente de dicho organismo autónomo.

Dado que nos encontramos ante un caso de presunta responsabilidad del personal sanitario perteneciente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, el órgano competente para conocer de esta reclamación es el Director Gerente del mismo y ha sido precisamente él quien ha conocido de este expediente y ha formulado la correspondiente propuesta de resolución.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación

La responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución. Su regulación se contiene en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la LRJ-PAC, que ha sido parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, que aprueba el RPRP.

El punto de partida lo constituye el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a 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”.

El daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 139.2 LRJ-PAC). 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 (artículo 141.1 LRJ-PAC).

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización; y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la Sentencia de la Sala Tercera, Sección 6ª, del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, 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.

II.4ª. La relación de causalidad

La relación de causalidad constituye –como se acaba de indicar- uno de los requisitos necesarios para que se pueda hablar de responsabilidad patrimonial por parte de la Administración. Esta relación debe producirse entre el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos –de sanidad, en este caso- y el resultado dañoso.

En nuestro caso, si bien se produjeron fallos en la práctica quirúrgica, reconocidos por la Administración y por los propios profesionales que intervinieron en la atención del paciente, éstos –a decir de los únicos testimonios profesionales acreditados en el expediente- en absoluto fueron causantes de daños irreversibles, ni por supuesto de la muerte de don En este sentido resulta especialmente significativo el

informe del Servicio de Cardiología que, a diferencia de otros obrantes en el expediente, se ofrece particularmente explícito a la hora de descartar cualquier vinculación entre las prácticas médicas llevadas a cabo con el paciente y su fallecimiento. Sin rehuir la evidencia de algunos fallos en las intervenciones quirúrgicas habidas con el enfermo, rechaza el informe cualquier conexión de éstas con la muerte del paciente.

Como advierte la STS de 14 de mayo de 2001 (Sala Primera), ha sido reiterada la jurisprudencia de esta Sala –SSTS de 8 de mayo de 1991, 31 de mayo de 1996, 18 de febrero de 1997, 22 de mayo de 1998, 9 de diciembre de 1999- *que establece con carácter general que en el ejercicio de la medicina no puede exigirse al profesional de la misma la obligación de obtener un resultado de recuperación del enfermo porque aquella no es una ciencia de garantía de resultados dado que el riesgo, en un mayor o menor porcentaje según el caso, no suele ser ajeno siquiera esto no excluya la presunción de mal uso cuando el resultado producido sea desproporcionado con lo que es usual según las reglas de la experiencia, el estado de la ciencia y las circunstancias de tiempo y lugar, en cuyo caso la desproporción permite una inversión de la carga de la prueba que si por norma y al no haber la objetivación de culpa aquí corre a cargo del que la alega probar la culpabilidad del médico, la desmesura del resultado ha de llevar al facultativo a acreditar aquellas circunstancias impensables e insalvables que hayan torcido el buen hacer que ha de suponersele como norma desde el título profesional que se le ha otorgado previa demostración de conocimientos, de la actualización permanente de éstos con asentimiento en la experiencia propia y en el progreso de la ciencia cuya vulneración no puede quedar redimida por la instrucción que del acto se proporcione al paciente ni por el consentimiento que éste preste a su práctica porque ni una ni otra alcanzan a ese ortodoxo hacer.*

A la vista de los documentos obrantes en el expediente, resulta acreditado que el funcionamiento de los servicios médicos se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*. Es, por ello, que no existe relación de causalidad entre el quehacer del personal sanitario y el resultado de muerte producido luego de un prolongado e intenso internamiento hospitalario.

Conviene hacer notar una práctica, hasta cierto punto frecuente, observada en la elaboración de los informes médicos que se emiten a solicitud del instructor del oportuno expediente. Con frecuencia, el instructor solicita tales informes con la aclaración de que, en la medida de lo posible, se indiquen, a juicio del profesional informante, *la causa o causas que originaron el empeoramiento y posterior defunción del paciente*, en palabras, por ejemplo, del instructor del expediente ahora analizado. Pues bien, no resulta inhabitual que la respuesta del profesional consista en reiterar el informe efectuado con ocasión de su actuación médica con el paciente, cuando lo que se le pide -al objeto de que la Administración pueda resolver la reclamación- es que se le faciliten respuestas -que bien pueden encontrarse implícitas en sus informes anteriores- a preguntas que se le formulan. La obligación de colaborar con la Administración demandará en muchos casos un esfuerzo por hacer asequible el léxico profesional a los profanos en la materia que son precisamente los que tienen que proponer una resolución al caso planteado.

II.5ª. El consentimiento informado

Tanto el escrito de reclamación, como el informe jurídico del instructor y la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se refieren -de forma explícita estos últimos y en ocasiones implícita y otras explícita aquél ("los médicos deciden realizar By-Pass Aortobifemoral"; "del riesgo de estrangulamiento o vólvulo intestinal, perfectamente conocido, no se había informado al paciente ni a sus familiares, previamente a la operación de *By Pass Aorto-Bifemoral*" dice el escrito de reclamación)- al hecho de la información facilitada y recibida, así como al consentimiento, por parte del paciente.

La Ley General de Sanidad dispone en su art. 10 que toda persona tiene con respecto a las distintas Administraciones públicas sanitarias, entre otros aspectos, derecho *a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (ap. 5); a la libre elección entre las opciones*

que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención (ap. 6); y, finalmente, a que quede constancia por escrito de todo su proceso (ap. 11). Todo lo anterior –dice la STS de 4 de abril de 2000 (Sala 3ª) da realidad al llamado “consentimiento informado”. En términos semejantes se expresa la Ley Foral 10/1990, de 23 de septiembre, en su art. 5, apartados 5, 6 y 11.

De los datos obrantes en el expediente, el informe jurídico del instructor, así como la propuesta de resolución, sostienen que se puso en conocimiento del paciente la indicación técnica de la operación a realizar, así como el riesgo vital que la misma conllevaba, afirmación que parece encontrar apoyo en las anotaciones acerca del curso clínico, que constan en el expediente. En la referida al día 15 de julio se puede leer: *informo a paciente de la intervención BP aortobifemoral*. En las anotaciones del día 12 de julio parece reflejarse que el paciente no quiere operarse por lo que se le dará el alta al día siguiente, salvo que se le convenza de lo contrario; su disposición favorable se hace constar el 13 de julio, de modo que se mantiene el ingreso y se inicia el preoperatorio. Las reticencias desaparecen y el 17 de julio firma el consentimiento informado a ser anestesiado. En las anotaciones se deja constancia que el día 19 de julio, un día antes de ser intervenido, *el paciente está pendiente de que le operen y animado respecto a ello*.

El Tribunal Supremo (Sala 3ª), en sentencia de 3 de octubre de 2000, ha reiterado lo que constituye una línea jurisprudencial asentada sobre el consentimiento informado: *la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar constancia de su existencia y contenido, la normativa contenida en la Ley General de Sanidad tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba*. De otro lado, esta misma sentencia recuerda que, mientras *la medicina satisfactiva* es por definición voluntaria, de tal suerte que *será menester tener en cuenta las características del acto de petición de la actividad médica, el cual, por sí*

mismo, y atendidas sus circunstancias, puede aportar elementos que contribuyan a la justificación del consentimiento en sí mismo, no ocurre igual en la medicina asistencial, especialmente en los supuestos de existencia de grave riesgo para la salud, en los que cabe presumir que la iniciativa de la prestación médica y del carácter de la misma corresponde de modo exclusivo o preponderante a los servicios médicos, pues responde a una situación de necesidad no dependiente de la voluntad del paciente.

Pues bien, de los datos obrantes en el expediente, y dada la medicina asistencial que se practicó con don ... , no parece ofrecer duda de que el paciente tuvo la información necesaria en los momentos puntuales en que resultaba imprescindible –particularmente, en la intervención del día 20 de julio de 2000- y que asintió a las prácticas médicas que se fueron sucediendo en su largo proceso hospitalario hasta su fallecimiento.

III. CONCLUSIÓN

La reclamación de indemnización de daños y perjuicios formulada por don ... , en nombre de doña ... , don ... , don ... y doña ... , debe ser desestimada por no quedar acreditados los presupuestos para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento