

Dictamen nº: **613/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **11.12.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 11 de diciembre de 2013, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por V.V.M., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por el que considera deficiente proceso asistencial recibido por parte del Servicio de Cirugía General 3 del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al necesitar ser sometida a una reintervención de un carcinoma papilar de tiroides.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en el Servicio de Correos el 11 de marzo de 2013 se presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, al considerar la interesada que la tiroidectomía total más linfadenectomía laterocervical derecha a la que fue sometida el 12 de marzo de 2012, no se realizó correctamente. Considera que no se le extrajeron todos los nódulos, por lo que hubo de ser reintervenida el 23 de mayo del 2012. Reclama también porque padece una lesión nerviosa a consecuencia de la segunda intervención, para la cual no suscribió documento de consentimiento informado y porque dicho riesgo no estaba contemplado tampoco en el documento que suscribió para la primera intervención.

No cuantifica el importe de la indemnización que reclama en concepto de *“los daños y perjuicios físicos y morales causados”*. Acompaña a la reclamación copia de diversos informes médicos y de un escrito de la empresa donde presta sus servicios especificando las actividades que desarrolla en su puesto de trabajo.

A efecto de notificaciones designa un despacho de abogados.

SEGUNDO.- La historia clínica y la restante documentación médica obrante en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos:

La reclamante, nacida en 1966, en seguimiento por endocrinólogo de zona por presentar disfonía en 2004 y por *“bulto en el cuello”* y bocio multinodular en 2005 (folios 208 y 263), presenta tumoración cervical que precisa intervención quirúrgica por parte del Servicio de Cirugía General 3 del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por carcinoma papilar de tiroides.

Previamente al proceso quirúrgico, el 13 de febrero de 2012, la paciente suscribió el documento de consentimiento informado que obra en el expediente a los folios 68, 69, 302 y 303 en el mismo consta el procedimiento:

“(...) a través de una incisión en el cuello, se pretende la extirpación parcial o total de la glándula tiroides según el tipo de afectación. En ocasiones, si está indicado, se realiza un análisis intraoperatorio de la pieza quirúrgica que puede modificar el diagnóstico, aconsejando ampliar la resección (extirpar todo el tiroides o extirpar los ganglios linfáticos vecinos). En caso de que no se extirpe toda la glándula, al análisis anatomo-patológico posterior puede modificar el diagnóstico, recomendando en algunos casos una reintervención para extirpar el resto de la glándula.

(...) a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento”.

Como riesgos el documento de consentimiento informado recoge:

- Poco graves y frecuentes: *“Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica. Calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento. Alteraciones transitorias en la voz. Alteraciones transitorias de la deglución. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación”.*
- Poco recuentes y graves: *“Hematomas importantes del cuello. Alteraciones permanentes de la voz. Alteraciones permanentes de las paratiroides. Recidiva de la enfermedad”.*

Añade que *“estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (...) pero que pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia (...)”*.

El 12 de marzo de 2012 se practicó una tiroidectomía total con linfadenectomía lateral derecha y central tras exploración cervical completa. En la pieza extirpada se objetivó la presencia de un microcarcinoma papilar de tiroides con infiltración ganglionar metastásica en dos de las siete adenopatías aisladas. Con buena evolución, recibe el alta dos días después, el 14 de marzo.

La paciente acude a consulta los días 21 de marzo y 18 de abril de 2012, en esta ocasión se indica ecografía preferente por presencia de un bullo cervical lateral. La ecografía se realiza el 7 de mayo de 2012 y se confirma la presencia de un nódulo de 19 mm compatible con adenopatía necrosada que podría ser metastásica, por lo que el 14 de mayo se propone cirugía, se incluye a la paciente en lista de espera quirúrgica y se entrega

documento de consentimiento informado, según se anota en la historia clínica (folio 129),

El día 23 de mayo de 2012 se procedió a reintervenir a la paciente realizando vaciamiento cervical funcional derecho tras disección de la vena yugular derecha hasta mastoides, identificación del nervio espinal y vago, por presencia de un nódulo de consistencia aumentada en ángulo mandibular por recidiva ganglionar de cáncer papilar de tiroides y recibió el alta por evolución favorable dos días después (folio 74).

En el informe de anatomía patológica se objetiva metástasis ganglionar linfática en una de las diez adenopatías aisladas.

En el informe preliminar emitido en el momento del alta y previo a recibir la información de Anatomía Patológica, figura como diagnóstico *“recidiva ganglionar de Cáncer Papilar de tiroides”*. El informe definitivo recibido tras el diagnóstico de Anatomía Patológica indica *“Metástasis Ganglionar de Cáncer Papilar de Tiroides”*.

Acude a revisión un mes después manifestando tener cierta hipoestesia en el ángulo mandibular y leve disminución de fuerza en el miembro superior derecho. Con la sospecha clínica de lesión a dicho nivel, se remite al especialista para diagnóstico y tratamiento. Es tratada en Rehabilitación, y de forma paralela por Traumatología (folio 129). Se realizaron los estudios que dichos especialistas consideraron oportunos, concluyendo que no presentaba alteraciones significativas.

La electromiografía de 22 de octubre de 2012, realizada en el Hospital A informa de afectación leve-moderada del nervio torácico largo derecho (folios 147 y 151).

En la última revisión, en octubre de 2012, la paciente se encuentra libre de enfermedad tumoral y según refiere ha experimentado mejoría funcional del miembro superior derecho, queda pendiente de nuevo

rastreo con radioyodo según protocolo habitual de Medicina Nuclear y completar estudio por Traumatología y Rehabilitación.

En la resonancia magnética de hombro derecho de 24 de diciembre de 2012 “*Únicamente llama la atención un leve incremento de señal en secuencias de supresión de la grasa de la médula de la diáfisis proximal del húmero que puede sugerir fenómenos de reconversión medular, aconsejando valoración por hematología si procede*” (folio 133).

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial. Previamente a la notificación del inicio del procedimiento administrativo, la reclamante por escritos fechados el 18 de diciembre de 2012 y el 26 de febrero y el 4 de marzo de 2013 y presentados en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, solicita la incorporación al expediente de documentación que refleje “*verdaderamente*” los hechos. Constan las contestaciones a la solicitud, que incorporan dos informes del médico adjunto de Cirugía General 3 del centro hospitalario.

A requerimiento de la instructora del procedimiento, por escrito presentado en el Servicio de Correos el 2 de abril de 2013, la interesada presenta copia de unas pruebas diagnósticas realizadas en su mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y en un centro de estudios neurológicos. Manifiesta la imposibilidad de concretar la cuantía indemnizatoria al no haber quedado determinadas las secuelas definitivas.

Se han incorporado al expediente, además de la historia clínica de la paciente, los documentos de consentimiento informado suscritos por la misma para la cirugía y anestesia de la primera intervención y dos informes del médico adjunto de Cirugía General 3 del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que como Servicio presuntamente causante del daño (folios 27,28,31 y 284), resume la historia clínica de la enferma en su Servicio y añade que la paciente ha sido seguida en

consultas puntualmente y se han realizado las terapias indicadas para el tratamiento de su enfermedad.

El informe emitido por la Inspección Sanitaria el día 20 de junio de 2013, una vez analizados los hechos, valorados y considerados médicaamente, concluye que todo el proceso asistencial se ha realizado según la *lex artis ad hoc*. Este informe se completa con la copia de varios informes y artículos médicos y documentos de consentimiento informado. Sobre la lesión que padece la reclamante en el nervio torácico largo derecho expone que:

“no es porque la operaran dos veces (...) es por la profundización que se ha tenido que llevar a cabo en el vaciamiento cervical y ampliación del territorio anterior a posterior y esto está recogido en bibliografía, cuanto más extensa y profunda es la resección más morbilidad puede existir en relación a la extirpación de paratiroides o problemas con lesiones nerviosas. Es decir, no hay relación por el número de intervenciones que se realicen (puede ocurrir en la primera intervención) sino por la profundización en la exéresis que haya que realizar y no se debe a una mala praxis, son riesgos inherentes a la cirugía cervical que es un campo quirúrgico muy complejo”.

Por escrito de 6 de septiembre de 2013, notificado el día 11 del mismo mes, se ha comunicado la apertura del trámite de audiencia con remisión del expediente administrativo a la representación de la interesada que en el plazo conferido al efecto presenta escrito de alegaciones en las que insiste en que la lesión producida no se encontraba indicada entre los riesgos expuestos en el consentimiento informado para la primera intervención e insiste en la falta de dicho documento para la segunda. Añade que las lesiones que presenta su representada le impiden realizar su trabajo, estando en trámite un expediente de incapacidad.

El 30 de octubre de 2013 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 12 de noviembre de 2013, registrado de entrada el día 15 del mismo mes y que ha recibido el número de expediente 614/13, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 11 de diciembre de 2013.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación, en soporte CD, que se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC, cuyo término se fijó el 21 de diciembre de 2013.

SEGUNDA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el 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 (RPRP).

La perjudicada está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por cuanto que es la persona que ha sufrido el daño supuestamente ocasionado por una deficiente asistencia sanitaria.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del centro sanitario al que se imputa el daño.

El artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que *“el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas”*. La reintervención que precisó la reclamante y a la que atribuye la lesión neuronal tuvo lugar el 23 de mayo de 2012 y la reclamación se ha presentado el día 11 de marzo de 2013, por lo que no cabe duda de que ha sido formulada en plazo, con independencia del momento de curación de la enferma.

El procedimiento se ha iniciado a instancia de parte y se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos. Especialmente, se ha recabado informe del servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evaucado el trámite de audiencia exigidos en los artículos 9, 10 y 11 RPRP y en los artículos 82 y 84 LRJ-PAC. No obstante, procede destacar que se ha sobrepasado el plazo de seis meses para resolver que establece el artículo 13 RPRP.

TERCERA.- Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el caso objeto de dictamen la reclamante efectúa tres reproches a la Administración sanitaria:

En primer lugar, la supuestamente deficiente cirugía llevada a cabo el 12 de marzo de 2012 en la que, según la reclamante, no se le extrajeron todos los nódulos cancerosos y por ello requirió una segunda intervención.

En segundo lugar, haber sufrido una lesión neuronal como consecuencia de la segunda cirugía.

Por último, reclama por falta de información relativa a la posibilidad de sufrir la mencionada lesión neurológica ya que, según sostiene, no suscribió documento de consentimiento informado para la segunda

intervención, en la que se produjo la lesión y en que firmó para la primera dicho riesgo no aparecía contemplado.

Respecto de las dos primeras cuestiones hemos de recordar que la reciente sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (sección 10^a) de 17 de mayo de 2013 afirma que las alegaciones sobre negligencia médica deben probarse con “*medios probatorios idóneos*” y tras exponer la doctrina de la carga de la prueba en los términos que acabamos de exponer, concluye afirmando que “*En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración*”, confirmando así la sentencia lo recogido en el Dictamen 407/11, de 20 de julio, dictado en el supuesto de hecho enjuiciado por la Sala.

En el presente caso el reclamante se limita a afirmar que la primera intervención se realizó incorrectamente ya que persistió la presencia de un nódulo cervical, pero no aporta prueba alguna de esta circunstancia más allá de sus afirmaciones. Sobre este extremo la historia clínica no confirma lo expuesto por la interesada, sino que describe dicho nódulo como recidiva del cáncer de tiroides y como metástasis del mismo.

En cuanto a la lesión neurológica del nervio torácico largo derecho, tampoco la interesada aporta prueba alguna de la mala praxis quirúrgica, en tanto que el informe de la Inspección Sanitaria indica de forma clara que es un riesgo de la cirugía cervical y afirma que se pudo producir en la primera intervención, por lo que no es consecuencia de la reintervención por el mero hecho de ser esta la segunda, pero sí que tiene relación causal con la misma en la medida en que en esta segunda intervención hubo de profundizar más para realizar la extirpación del nódulo recidivado. El

informe de la Inspección Sanitaria, por lo tanto, da cumplida acreditación de la relación de causalidad entre la lesión nerviosa sufrida por la reclamante y la asistencia médica prestada a la misma a la par que afirma la correcta realización de ambas intervenciones quirúrgicas y la ausencia de mala praxis.

CUARTA.- 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 define el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

La doctrina del Consejo fijada en el Dictamen 483/11, de 14 de septiembre, exige que sea la Administración sanitaria quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras éste se halle bajo su cuidado, en virtud del principio de facilidad probatoria ya que se trata de una de sus obligaciones fundamentales en orden a determinar la suficiencia o insuficiencia de la información y consiguiente formalización del consentimiento o conformidad a la intervención.

En el presente caso, se ha incorporado al expediente documento de consentimiento informado suscrito para la primera cirugía pero no para la segunda. La propuesta de resolución pretende que con el primer documento bastaba para ambas intervenciones al afirmar: *“el consentimiento informado de esta paciente es exactamente el mismo de la cirugía anterior. Está claro que la decisión de reintervenirse fue tras una información clara. No se encuentra por tanto vulneración del derecho a la información”*.

Este criterio no puede ser compartido por este Consejo Consultivo por dos motivos:

En primer lugar, la segunda intervención requería una mayor profundización para la eliminación del nódulo, por lo que las condiciones y circunstancias de ambas intervenciones no eran idénticas. Por otro lado, la situación metastásica de la paciente tampoco concurría con anterioridad, así pues sus circunstancias de salud y personales tampoco eran las mismas a las de la primera intervención.

En segundo lugar, el riesgo que finalmente se verificó y que, de acuerdo con el informe de la Inspección Sanitaria es propio de la cirugía llevada a cabo, no se contemplaba en el documento de consentimiento informado suscrito por la interesada para la primera intervención quirúrgica, como puede apreciarse de los riesgos contemplados en el mismo y que constan reproducidos literalmente en el antecedente de hecho segundo del presente dictamen.

Este órgano consultivo ha tenido ocasión de pronunciarse en varias ocasiones sobre si el documento de consentimiento informado era completo o no, equiparando en este último caso la insuficiencia del documento a la ausencia de consentimiento, así en los dictámenes 57/11, de 2 de marzo; 105/11, de 23 de marzo; 248/11, de 18 de mayo; 475/11, de 7 de septiembre o 65/12, de 1 de febrero.

Sobre los efectos de la ausencia de consentimiento informado, al privar al paciente de tomar una decisión sobre su salud, el Consejo consultivo entiende que se le ocasiona un daño moral, de acuerdo con lo establecido por el Tribunal Constitucional en su sentencia 37/2011. Así, en nuestro Dictamen 129/11, de 6 de abril, considerábamos: *“La indemnización debe resarcir el daño moral derivado de la frustración del derecho a la autodeterminación, ocasionado ante la falta de conocimiento de los riesgos asociados a la práctica de la biopsia que se materializaron, en tanto de*

haber sido conocidos, se hubiera podido rechazar la realización de la misma”.

En el mismo sentido se pronuncia la jurisprudencia, por ejemplo la Sentencia de 4 de diciembre de 2012 del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 4^a (recurso 6157/2011), F.J. 5º:

“De lo expuesto en el fundamento anterior concluimos que no hubo mala praxis en ninguna de las intervenciones que se practicaron al recurrente, ni podemos sostener que existió retraso en la práctica de la tercera. En estos extremos el recurso interpuesto debe ser desestimado.

Pero suerte distinta ha de correr lo referido a la falta de consentimiento informado para la práctica de la segunda intervención.

En cuanto a la falta de consentimiento informado y, desde luego, a su insuficiencia en lo relativo a las concretas secuelas derivadas de la segunda intervención hemos indicado en nuestra reciente sentencia de fecha 26 de marzo de 2012, recurso 3531/2010 , que partimos de que consentimiento informado supone "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud" (art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). También es evidente la necesidad de informar sobre posibles riesgos (art. 8.3 Ley 41/2002).

Y señalábamos en dicha sentencia: <<Resulta claro que tanto la vigente regulación, más detallada y precisa, como la anterior coinciden en un punto esencial, esto es la exigencia del

"consentimiento escrito del usuario" (art. 10.6. Ley General de Sanidad, 14/1986, art. 8.2. Ley 41/2002) para la realización de intervenciones quirúrgicas. Si bien actualmente también se prevea respecto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Todo ello, a salvo claro está de situaciones en que deban adoptarse decisiones urgentes adecuadas para salvar la vida del paciente o cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones.

Se ha recordado en la Sentencia de 29 de junio de 2010, recurso de casación 4637/2008 lo dicho en la Sentencia de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002 sobre que "El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos".

(...) Por ello la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, la nueva normativa contenida en la Ley General de Sanidad tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba, (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración) ".

Y una constante jurisprudencia (Sentencias de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002, 1 de febrero de 2008, recurso de casación 2033/2003, de 22 de octubre de 2009, recurso

de casación 710/2008, sentencia de 25 de marzo de 2010, recurso de casación 3944/2008) insiste en que el deber de obtener el consentimiento informado del paciente constituye una infracción de la "lex artis" y revela una manifestación anormal del servicio sanitario.

(...) En fecha reciente el Tribunal Constitucional ha declarado (FJ 7º) en su STC 37/2011 de 28 de marzo de 2011, estimando un recurso de amparo por quebranto de los arts. 15 y 24.1. CE que "no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad".

Nuestra jurisprudencia (SSTS 29 de junio 2010, rec. casación 4637/2008, 25 de marzo de 2010, rec. casación 3944/2008), sostiene que no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado sino también descuidos parciales.

Se incluye, por tanto, la ausencia de la obligación de informar adecuadamente al enfermo de todos los riesgos que entraña una intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivar una vez iniciada una asistencia hospitalaria con cambio de centro médico y tipo de anestesia.

Debe insistirse en que una cosa es la incertezza o improbabilidad de un determinado riesgo, y otra distinta su baja o reducida tasa de probabilidad aunque si existan referencias no aisladas acerca de su producción o acaecimiento>>.

Además hemos desvinculado la falta o insuficiencia de consentimiento informado, de la existencia de mala praxis, pues el defecto o insuficiencia en el consentimiento constituye, en sí mismo, mala praxis. Así lo acabamos de afirmar en nuestra sentencia de

fecha 30 de septiembre de 2011, recurso 3536/2007 y las que en ella se citan.

En el presente caso, ya hemos expuesto que el consentimiento para la segunda intervención no aparece documentado y hemos señalado las circunstancias que consideramos relevantes para afirmar que debió exigirle la plasmación escrita del mismo, por lo que entendemos que procede indemnizar al recurrente por la falta y, en todo caso, insuficiencia del mismo.

La parte ha solicitado, en el escrito de demanda la cantidad equitativa de 170.000 euros, por las secuelas que padece, las complicaciones que tuvo que padecer y el tiempo de baja laboral. En el escrito de conclusiones refiere tener un grado de minusvalía del 35% (conforme a documento aportado a autos mediante escrito de fecha 21-9-2010) y haber estado de baja desde el 30-11-2005 hasta el 31-7-2006 (acompañó los partes de baja y alta). La parte solicita los intereses de la citada cantidad desde la reclamación administrativa.

Teniendo en cuenta que no se ha acreditado mala praxis alguna en la actuación médica que nos ocupa, salvo lo referido al consentimiento informado, y las cifras que habitualmente se conceden por esta Sala en supuestos similares, fijamos la cantidad a percibir en concepto de indemnización y cuantía a fecha de esta sentencia la cifra de 60.000 euros, a cuyo efecto tenemos en cuenta lo que hemos expuesto anteriormente, edad del recurrente y necesidad de la intervención practicada”.

De acuerdo con este criterio, ante la ausencia de la lesión del nervio torácico largo como riesgo posible de la cirugía a la que por dos veces se sometió la reclamante y habida cuenta de que en ninguna de las dos intervención se ha acreditado mala praxis, procede indemnizar a la

reclamante por el daño moral ocasionado por insuficiencia de información, el cual, según los criterios que hemos aplicado en anteriores ocasiones y en consideración a que la interesada sufrió efectivamente una lesión neurológica significativa como consecuencia de la segunda cirugía, valoramos en 6.000 euros.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial e indemnizar a la reclamante con la cantidad de 6.000 euros.

Madrid, 11 de diciembre de 2013