

Expediente Núm. 303/2011
Dictamen Núm. 107/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 11 de abril de 2012, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 22 de diciembre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia recibida por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 8 de marzo de 2011, la perjudicada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia recibida en el Hospital “X”.

Refiere que “en el año 2006 (...) padeció coxartrosis que precisó intervención con colocación de prótesis en cadera izquierda” y que se realizó en el Hospital “X”. Tras la operación quirúrgica “comenzó a sufrir molestias

continuadas en la cadera izquierda, consecuencia de una intervención insatisfactoria e incorrecta (...) que determinó la aparición de un bultoma en la cicatriz de PTC izquierda". Hasta el 28 de abril de 2009 fue valorada "reiteradamente" por el Servicio de Traumatología de dicho hospital, aunque, en su opinión, los controles se realizaban "sin examen real ni consideración ni valoración de las dolencias, secuelas y afectaciones, sin ninguna profundidad ni pruebas complementarias", a pesar de que las "molestias continuadas, crónicas y permanentes fueron comunicadas (...) en múltiples ocasiones" al especialista; en febrero de 2007 comunica al mismo médico que "cuando camina suena como un 'crac' bastante fuerte (...), que también nota cómo algo tropieza con algo"; en agosto continúa con esa molestia, a la que se añade "un dolor localizado en la bola del fémur" y, "nuevamente, el médico le manifiesta que todo está perfecto"; en diciembre indica al médico que "el dolor permanece de noche y de día"; en marzo de 2008 vuelve a la consulta porque "notaba que algo no iba bien, que se encontraba más delgada, demacrada, se levantaba con impotencia funcional, color amarillento en la cara, ojerosa, con dolores y nauseas", pero el facultativo "no creía (...) que el dolor procediera de la cadera"; en septiembre de 2008 informa al médico que "tuvo que dejar su paseo diario como consecuencia de los dolores, que son insoportables al final del día, teniendo fiebre todos los días". Debido a las "continuas molestias (...) fue derivada" a los Servicios de Rehabilitación, de Medicina Interna y de Neumología.

El día 16 de enero de 2009 acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" por "cuadro de catarro de días de evolución, fiebre, vómitos (...), persiste la fiebre diariamente", según consta en el informe de dicho Servicio, añadiendo la reclamante que, a pesar de "tal sintomatología", no se examina "la repercusión y alcance de la misma" y la remiten "a su médica de cabecera para que valore una bursitis".

A partir del día 28 de abril de 2009, en que es derivada por su médico de Atención Primaria al Servicio de Urgencias del Hospital "Y" "por coxalgia y astenia", será valorada en este centro, donde permanece ingresada en el Servicio de Traumatología hasta el día 2 de julio, exponiéndose en el informe de

alta que al ingreso la paciente "refiere bultoma en cicatriz de PTC izda. de 5 días de evolución, dolor al tacto (...), molestias en cadera izda. (...), gran colección líquida en cadera izquierda que se evacua repetidamente con cultivos negativos".

El día 18 de mayo es intervenida quirúrgicamente, "realizándose limpieza, retirada de la prótesis de cadera y colocación de espaciador con gentamicina", señalándose en el informe de alta que "la causa de dichos padecimientos fue una 'infección prótesis cadera izda.'". Según interpreta la reclamante, en el mismo "se resalta que la intervención fue realizada en octubre de 2006 y, tres años después (...), tras todo el íter señalado, es cuando se consigna una posible causa de los trastornos, dolencias y secuelas que presentaba", lo que, en su opinión, contradice lo expresado en el informe del Servicio de Radiología del Hospital "Y" de fecha 29 de abril de 2009, en el que "se niega la existencia de un proceso infeccioso, a pesar de reconocer la existencia de una colección anfractuosa alrededor de la zona operada". En apoyo de su tesis cita un fragmento del informe, "no se identifican, sin embargo, burbujas aéreas que confirmen un proceso infeccioso", aunque la impresión diagnóstica sea la de "colección dispuesta en cara anterior y posterior del muslo procedente de la articulación femoro-acetabular izquierda", concluyendo la reclamante que "procedía de la prótesis"; circunstancia que quedaría confirmada más adelante, el día 17 de junio de 2009, por dicho Servicio al realizar un "TC pélvico (...), resultando una colección adyacente a la prótesis de cadera" izquierda.

Entre ambas pruebas radiológicas se le realiza una "gammagrafía ósea" por el Servicio de Medicina Nuclear, en cuyo informe de 12 de mayo de 2009 se refiere que "se evidencia hipercaptación e hiperemia en cotilo de la prótesis de cadera izda. que debe valorarse con Rx ante la posibilidad de aflojamiento de dicho componente (...). Se observa captación patológica difusa, de moderada intensidad, en partes blandas a la altura de la región superior de la prótesis de predominio anterior y localizado en porción superoexterna de la raíz del miembro superior sugestivo de componente inflamatorio y/o infeccioso, evidenciándose asimismo en el SPECT un acúmulo localizado que se extiende desde la región posterosuperior de la prótesis que podría corresponderse con trayecto fistuloso

inflamatorio y/o infeccioso procedente del cuello de la prótesis". Por ello, la reclamante deduce que "aparentemente se produjo una infección y no fue detectada ni valorada su existencia, a pesar de los problemas, quejas y situación personal".

A finales de octubre de 2009 vuelve a la consulta del Servicio de Traumatología del Hospital "X" para exponer "el pésimo estado en que se encontraba y los síntomas que padecía: adelgazamiento precoz, tos compulsiva, falta de aire para respirar, dolor intensísimo a media tarde, fiebre a media mañana, demacración física, rechazo a la comida, vómitos".

El día 24 de febrero de 2010 es intervenida de nuevo en el Hospital "Y" "para proceder a la retirada del espaciador y a la colocación de una prótesis total de cadera, dado que la operación a la que había sido sometida no fue correctamente ejecutada o, por lo menos, los resultados obtenidos fueron totalmente negativos", pues nunca mejoró (...) y tuvo un posoperatorio alejado de cualquier consideración común (*sic*); siendo alta hospitalaria el día 8 de marzo por "buena evolución", figurando en el informe de alta del Servicio de Traumatología del Hospital "Y" "paciente con espaciador en cadera izda. colocado hace 9 meses, en el momento actual los parámetros analíticos normales, por lo que ingresa para segundo tiempo de infección de PTC".

Solicita una indemnización de doscientos veinte mil euros (220.000 €).

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital "X", de fecha 24 de octubre de 2006. b) Informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X", de 29 de agosto de 2007, en el que se refiere que "la paciente es desviada desde Traumatología para descartar enfermedad reumatológica de fondo. Ella refiere únicamente dolor con la movilización de cadera izda. que ha cedido tras la intervención quirúrgica, manteniendo ahora cierta sensación de sobrecarga al final del día. No lesiones cutáneas, no datos flogóticos articulares, no síndrome general, ni síndrome seco, ni rigidez matutina". c) Informe del Servicio de Neumología del Hospital "X", de 18 de febrero de 2008, donde se expone que "la paciente tiene sensación de disnea desde hace años a los esfuerzos. En los últimos 2 meses tiene episodios

de falta de aire incluso en reposo". d) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X", de 16 de enero de 2009. e) Informe del médico de Atención Primaria, de 21 de octubre de 2010. f) Informe de alta del Servicio de Traumatología del Hospital "Y", de 2 de julio de 2009, donde consta que la paciente "refiere bultoma en cicatriz de PTC izda. de 5 días de evolución, dolor al tacto (...), molestias en cadera izda. Ingresa con gran colección líquida en cadera izda. que se evacua repetidamente con cultivos negativos (...). El día 18-05-09 se interviene quirúrgicamente, realizándose limpieza, retirada de la prótesis de cadera y colocación de espaciador con gentamicina"; su evolución es "satisfactoria". g) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico I del Hospital "Y", de 29 de abril de 2009. h) Informe del Área de Urgencias del Hospital "Y", de 28 de abril de 2009. i) Informe del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital "Y", de 12 de mayo de 2009, en el que se indica que "se observa captación patológica difusa de moderada intensidad en partes blandas a la altura de región superior de la prótesis (...) sugestivo de componente inflamatorio y/o infeccioso". j) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico I del Hospital "Y", de 17 de junio de 2009. k) Informe de alta del Servicio de Traumatología del Hospital "Y", de 8 de marzo de 2010, en el que se consigna como diagnóstico "2º tiempo infección PTC izda.", procediéndose "el 24-02-10 (...) a la retirada del espaciador y colocación de una prótesis total de cadera".

2. Mediante escrito de 18 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 24 de marzo de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a las Gerencias del Hospital "X" y del Hospital "Y" una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como los protocolos médicos de actuación y los informes de los médicos responsables del proceso asistencial. En

idéntica fecha, solicita a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria II una copia de la historia clínica confeccionada en el Centro de Salud y un informe de su médico.

4. El día 15 de abril de 2011, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de las historias clínicas de Atención Primaria y de Atención Especializada, así como el informe del médico de familia.

En dicho informe, de fecha 14 de abril de 2011, se señala que "entre finales de 2006 y hasta marzo de 2009, año en que la paciente pasó su historia clínica a Oviedo, fue atendida fundamentalmente por: Dolor e impotencia funcional en cadera izquierda (prótesis), objetivándose en las sucesivas exploraciones limitación y dolor a la movilidad progresivo, motivo por el que fue valorada en el Servicio de Traumatología del Hospital "X" en varias ocasiones, así como en el Servicio de Urgencias./ Astenia, adelgazamiento y febrícula, motivo por el que fue estudiada por Medicina Interna, atribuido finalmente a cuadro vírico./ Agudización de su cuadro depresivo, seguido por Salud Mental".

5. Con fecha 4 de abril de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica solicitada.

6. El día 26 de abril de 2011, la Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor el informe del Jefe del Servicio de Traumatología.

En él, sin fecha, se informa que la paciente "fue intervenida en nuestro Servicio (...) y se le colocó una prótesis de cadera con par de fricción cerámica-cerámica, que es la indicación (...) para personas jóvenes y de las cuales se espera solicitud mecánica activa y esperanza de larga vida". Sigue refiriendo que "en el posoperatorio la paciente presentó como única complicación reseñable un proceso bronquial que fue evaluado y tratado (...) por el Servicio de M. Interna, con mejoría total al alta. Durante el ingreso hospitalario se le

realizó la fisioterapia reglada según protocolo por el S. de Rehabilitación y durante la misma no se apreció ninguna anomalía”.

En las revisiones que siguieron “se efectuaron los controles habituales según protocolo sin que se apreciaran signos de aflojamiento o infección tardía. A pesar de ello, ante un cuadro de dolor lumbar con irradiación glútea aparecido en la revisión anual (3-8-07), se realizaron controles más frecuentes (cada 6 meses) para seguir de cerca la posibilidad (de) que se produjese la complicación tardía más frecuente en estos procesos (aflojamiento aséptico o séptico). Por este motivo se realizó una gammagrafía ósea selectiva con Tecnecio en dos/tres fases para descartar una infección séptica. Dicha prueba excluía la presencia de infección y aflojamiento, así como la radiología ósea de control. Posteriormente (...) no acudió a la revisión del 5-8-09 debido a que estaba siendo atendida” en el Hospital “Y”.

Precisa que la paciente fue revisada según los protocolos y se le realizaron las pruebas “necesarias durante el posoperatorio inmediato y tardío”, ninguna de las cuales “demostró ningún proceso infeccioso hasta la gammagrafía” realizada en el Hospital “Y” el “08-05-09, donde se informa de sospecha de proceso inflamatorio o infeccioso utilizando la misma técnica que (en) el realizado por petición mía el 05-01-09, en el que no existía captación del isótopo que sugiriese aflojamiento séptico ni aséptico”. Afirma que “se trata de una infección tardía, complicación descrita e incluida en el protocolo de consentimiento informado, no deseable pero ajena al cirujano”, pues “antes de la intervención, durante y después se practicaron rigurosamente los protocolos para la prevención con antibioterapia y profilaxis antitrombótica, según la pauta actualizada por la Sociedad Española de Traumatología y C. Ortopédica”.

Concluye que “la infección tardía en una artroplastia de sustitución es una complicación difícil de diagnosticar y solamente se puede demostrar con la realización de pruebas específicas con isótopos radioactivos. En este caso (...) se han puesto los medios diagnósticos hasta que la paciente acudió a otro centro, donde, realizada la misma prueba seis meses después, fue detectada la infección”, y añade que “durante el proceso” fue objeto de “controles por

diversos miembros de nuestro Servicio, siendo la opinión similar y continuando las revisiones ateniéndonos al mismo protocolo”.

7. Con fecha 11 de mayo de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “Y” remite al Servicio instructor el informe del Servicio de Traumatología de 4 de mayo de 2011.

En él se informa que la paciente “ingresa por Urgencias el 28-04-09, con diagnóstico de coxalgia izda. aguda, había sido intervenida en otro centro, colocándosele prótesis total de cadera izda. en el 2006./ A su ingreso presenta colección líquida dolorosa a nivel de la cadera que es puncionada, extrayéndose material purulento que es enviado para cultivo./ De acuerdo con el Servicio de Infecciosas, se instaura tratamiento antibiótico a pesar de que los cultivos que se toman repetidamente son negativos, precisando drenajes periódicos de la colección líquida que presentaba./ El acúmulo sucesivo de la colección líquida hace que el 15-05-09 se efectúe drenaje y se deje abierta para curas (...), se decide intervención quirúrgica y el 18-05-09 se efectúa primer tiempo de revisión con extracción de la prótesis y colocación de espaciador con gentamicina./ La evolución posoperatoria es satisfactoria, excepto que la herida continúa manchando y sigue precisando curas, la paciente comienza a caminar sin dolor, se mantiene tratamiento antibiótico intravenoso./ Poco a poco va manchando menos y el día 2-07-08 es dada de alta para controles ambulatorios, efectuando mientras tanto curas en su centro de salud y con tratamiento antibiótico./ La evolución ambulatoria es satisfactoria y el 17-02-10 es ingresada nuevamente para efectuar segundo tiempo de revisión de la prótesis, que se efectúa el día 24-02-10, colocándosele tras extraer el espaciador de gentamicina nueva prótesis con vástago Revitan y cotilo Trylogy; se toman muestras para estudio bacteriológico que son negativas. La evolución posoperatoria (es) satisfactoria, siendo dada de alta con tratamiento antibiótico pautado por el Servicio de Infecciosas el 8-03-10 para controles ambulatorios”. La paciente “fue vista por última vez en nuestras consultas el 23-02-11, tras un año desde la intervención,

la situación es muy buena, caminando sin problemas y con buena evolución tanto clínica como radiológica”.

8. El día 13 de mayo de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y señala que “en el caso estudiado la indicación quirúrgica realizada en el año 2006 fue correcta, se hizo valoración preoperatoria, fue informada (...) de la técnica a realizar y se obtuvo su autorización, la técnica quirúrgica fue la adecuada y en la medicación aportada se incluyó heparina y antibióticos, la evolución no fue mala, haciendo el Servicio implicado seguimiento en múltiples ocasiones, sin llegar a precisar ingreso hospitalario hasta el mes de abril de 2009, es decir, tres años después, fecha en la que precisó estudios más complejos, retirada de prótesis antigua y colocación de nueva prótesis, intervención realizada en el (Hospital “Y”)./ No es factible asegurar que la implantación de una prótesis de cadera sea definitiva (...) en personas activas, es decir, jóvenes, o con otros factores sobreañadidos, como sobrepeso; lo más probable es que deban ser sometidos a una nueva intervención para cambiar la misma, no existiendo normas universalmente aceptadas para el reemplazo total de cadera, influyendo el factor individual, por lo que debe ceñirse a las indicaciones del médico, y siempre una prótesis desgastada, movilizada, rota en alguno de sus componentes o infectada como en este caso habitualmente precisa nueva operación, ya sea para retirarla o bien recambiarla”. Por otro lado, la infección tardía en una artroplastia de sustitución es una “complicación difícil de diagnosticar y solamente se puede demostrar con la realización de pruebas específicas con isótopos radioactivos”.

Concluye que la asistencia sanitaria “ha sido correcta, se ha diagnosticado con acierto la dolencia de la reclamante, se ha prescrito la intervención adecuada, que se llevó a cabo con la pericia exigible y se ha ejecutado la misma conforme a la lex artis, si bien el resultado final no ha sido totalmente el perseguido, en cuanto que está acreditada una lesión en forma de infección de la prótesis de forma tardía (complicación descrita e incluida en el protocolo de

consentimiento informado), no deseable pero ajena al buen o mal hacer médico y que, una vez diagnosticada, fue tratada adecuadamente”.

9. Mediante escritos de 13 de mayo de 2011, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

10. Con fecha 2 de junio de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas en Traumatología y Ortopedia. En él se concluye que la paciente “fue operada de coxartrosis izquierda con implante de PTC, el día 4-8-06. Durante la fase evolutiva presentó febrícula coincidente con cuadro de carácter respiratorio, tratado por el Servicio de Medicina Interna. La herida quirúrgica no presentó secreción y realizó tratamiento rehabilitador, recuperando la función completa articular con 120º de flexión (...). En las diferentes revisiones presentó sensación de chasquido ocasional en la cadera operada. Esta sensación podía estar relacionada con lo que se conoce como murmullo de la cerámica (...), sin significación clínica y que cede en un periodo indeterminado de tiempo (...). Los controles de imagen realizados en diferentes ocasiones nunca determinaron alteraciones en la colocación de la prótesis, ni sospecha de movilización o infección de cotilo (...). Fue vista en (...) Medicina Interna sin encontrar alteración general alguna. Mantuvo la capacidad funcional articular con una flexión de 95º. El estudio gammagráfico realizado el día 5-1-09 resultó negativo tanto para el aflojamiento como para la sepsis”. El 28-4-09 es remitida a Urgencias del Hospital “Y” por su médico de Atención Primaria “a consecuencia de fiebre, vómitos, coxalgia y astenia. Desde este momento fue asistida en el (Hospital `Y´), donde ingresó en el Servicio de Traumatología al día siguiente por bultoma en zona de cicatriz quirúrgica de cinco días de evolución, que fue evacuada teniendo aspecto purulento pero sin demostrar existencia de gérmenes en los cultivos ni en anatomía patológica. Presentó fiebre entre 37,5º - 38º (...). Se realizó ecografía de cadera, en (la) que existía colección anfractuosa en la

articulación fémoro-acetabular izquierda que no confirma proceso infeccioso, sugiere hematoma. El 18-5-09 fue intervenida retirando PTC y colocando espaciador con gentamicina (...). El 17-2-10 fue retirado espaciador y colocada PTC con buena evolución el día 8-3-10. El informe médico (...) del 4-5-11 indica que fue vista por última vez en consulta con situación muy buena, con buena evolución clínica y radiológica. Camina sin problemas (...). El control clínico de la paciente, así como las pruebas complementarias e interconsultas realizadas, indica que ha existido un seguimiento continuado de la enferma y a pesar de pedir pruebas específicas, como cultivos, estudios anatomopatológicos, PCR, analíticas y estudio gammagráfico no ha sido posible evidenciar la existencia de infección porque era una infección subclínica (...). La aparición de bultoma sobre la cadera izquierda operada con drenaje de carácter purulento y fiebre determinó la sospecha de infección subclínica, pautando tratamiento empírico de antibiótico de amplio espectro, cuyo resultado llevó, junto con la cirugía, a la curación del proceso (...). No se han podido identificar gérmenes, ni por Microbiología ni por Anatomía Patológica (...). Se ha actuado según *lex artis*, utilizando todos los medios precisos para poder conseguir un diagnóstico y realizar una terapéutica con la que fue posible conseguir la curación de la infección subclínica periprotésica”.

11. Mediante escrito de 19 de julio de 2011, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

12. Con fecha 13 de julio de 2011, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que manifiesta que en el plazo concedido acudió una letrada en representación suya, a la que se le denegó el acceso al expediente, a pesar de que portaba “una autorización firmada por mí, acompañada con copia” de mi documento nacional de identidad. Asimismo, solicita la ampliación del plazo para formular alegaciones

y que se le envíe una copia de determinados documentos obrantes en el expediente.

13. Mediante escrito de 25 de agosto de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante que la denegación de la consulta del expediente a la letrada se debió a que al contener el mismo “una documentación que afecta a un ámbito íntimo de la persona, como la historia clínica (...), la Administración no ha dado vista al expediente a (la citada letrada), al considerar que esta no acreditaba debidamente la representación que decía ostentar”, para la cual “solo se admiten como medios válidos: el otorgamiento de la representación ante notario o la declaración del interesado en comparecencia personal ante el funcionario (apud acta)”. Asimismo, le notifica la concesión de una ampliación de plazo de “siete días contados a partir del día siguiente al recibo de esta notificación”, y le remite la documentación solicitada.

14. Con fecha 9 de septiembre de 2011, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de “alegaciones y solicitud ampliación plazo alegaciones”. En este escrito la perjudicada se reafirma en los extremos del escrito inicial. Al mismo tiempo solicita “se amplíe el plazo que me fue concedido para formular alegaciones (...), dada la amplitud del expediente remitido, con multitud de informes médicos y resultados de pruebas médicas”.

15. Con fecha 30 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que se proporcionó a la reclamante “un tratamiento completo y adecuado a su riesgo y edad, con protocolo razonable y sin negligencia o mala práctica en el proceso terapéutico aplicado”, mediante una asistencia médica “adaptada a las complicaciones que iban surgiendo y ajustada a la lex artis”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de diciembre de 2011, registrado de entrada el día 29 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 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 LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, 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 la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado la reclamación se presenta con fecha 8 de marzo de 2011, habiendo causado la reclamante alta en la asistencia sanitaria prestada y de la que deriva el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial el día 8 de marzo de 2010, por lo que se ha de concluir que la reclamación ha sido formulada dentro del plazo legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente

e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- La reclamante, diagnosticada de "coxartrosis izquierda" de la que fue intervenida de prótesis total de cadera el día 4 de agosto de 2006, intervención que derivó con posterioridad en la aparición de una infección tardía que condujo a una nueva intervención el 24 de febrero de 2010 para retirar el espaciador y colocar una nueva prótesis de cadera, imputa a la Administración pública "que la asistencia sanitaria" que recibió "ha sido totalmente inadecuada, con desatención a pesar de las reiteradas ocasiones en que acudía a los servicios médicos, y que no ha sido atendida ni observada adecuadamente, y todo ello ha determinado un padecimiento, un dolor, una situación con limitación física y psíquica innecesaria (por desatención, descuido e inobservancia de los indicios... fiebre... malestar... etc.), y ha sido la causa de que se me ocasionen una serie de daños que se concretan en la necesidad de ser intervenida de forma continua, por cuanto no se observaron las manifestaciones de una dolencia, lo que determinó finalmente que se colocara una prótesis total de cadera".

La realidad del daño alegado, entendiendo por tal la necesidad de que la reclamante, tras ser diagnosticada en su enfermedad, se sometiera a una primera intervención quirúrgica en el año 2006 que derivó con posterioridad en la aparición de una infección tardía que condujo a una nueva intervención el día 24 de febrero de 2010, ha sido admitida por la Administración sanitaria, por lo que, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, podemos dar por acreditada la realidad de un daño físico efectivo que reúne los elementos necesarios para justificar la pretensión de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra

causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A este respecto, la reclamante no ha concretado en ningún momento a lo largo de la instrucción del procedimiento en qué aspecto se materializa la mala

praxis médica que denuncia, limitándose a descalificar la misma de un modo genérico y reiterado, sin concretar infracción alguna de la *lex artis* médica. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante sobre la base de la documentación que obra incorporada al expediente, la cual no ha sido discutida por la misma.

En este sentido, tanto el informe del Jefe del Servicio interviniente como el informe técnico de evaluación y el informe de una asesoría privada, emitido a instancia de la entidad aseguradora y suscrito por dos especialistas en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, y uno en Traumatología y Ortopedia, en términos que no han sido combatidos por la reclamante, resultan totalmente coincidentes y concluyentes, calificando la asistencia prestada a la reclamante y la actuación de los profesionales intervinientes como acordes a la *lex artis ad hoc*. En los tres informes citados existe coincidencia al apreciar la posibilidad de aparición de infecciones tardías a largo plazo en pacientes sometidos a la realización de artroplastia total o recambio total articular de cadera, tal y como acontece en el presente supuesto. Al respecto, el documento de consentimiento expreso firmado por la ahora reclamante antes de someterse a la primera intervención en el año 2006 describe los riesgos de una intervención de tal naturaleza, recogiendo una serie de complicaciones de las que la primera de ellas es la "infección de la prótesis", de la que precisa que "es la complicación potencial más importante. Esta puede producirse en la herida superficial o en el área profunda alrededor de la prótesis. También puede producirse durante el posoperatorio inmediato en el hospital o en un periodo más tardío en el domicilio. La infección de la prótesis requiere una nueva intervención en sustitución de la misma".

A la vista de lo anterior, concluimos que en el presente supuesto no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada a la interesada hubiera violado la *lex artis ad hoc*; el daño alegado no guarda relación con una mala práctica médica, sino que se trata de un riesgo general derivado de la intervención

quirúrgica a la que fue sometida, encuadrable en los recogidos en el documento de consentimiento informado suscrito, por lo que no resulta antijurídico.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.