

Expediente Núm. 55/2012
Dictamen Núm. 200/2012

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 5 de julio 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 13 de marzo de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de junio de 2011, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, por los daños que considera derivados de una deficiente asistencia sanitaria.

Refiere que “el día 15 de febrero de 2007, fue intervenido de una coxartrosis avanzada secundaria a enfermedad de Perthes con acortamientos

de MII de 4 cm” en el Hospital, procediendo a “la colocación de PTC izquierdo”, siendo dado de “alta hospitalaria el 21-02-2007”. Tras relatar las diversas ocasiones en las que acude posteriormente a dicho centro, expone que el “04-01-2010 ingresa nuevamente en urgencias por un cuadro de fístula en cicatriz de intervención de PTC izda. y sospecha de infección”, siendo la impresión diagnóstica “infección hematógena prótesis cadera izquierda”, procediendo el día 11 de enero de 2010 a “recambio de polietileno y cabeza protésica con resección de fístula y limpieza quirúrgica”. Indica que en el “postoperatorio se evidencia paresia distal del CPI instaurándose tratamiento antineurítico”, siendo dado de alta el día 25 de enero de 2010, emitiendo el Servicio de Neurofisiología a los dos días -27 de enero- informe de “electromiografía” en el que figura como impresión diagnóstica que “la exploración neurofisiológica es sugerente de Neuropatía sensitivo-motora de nervio Ciático Poplíteo Interno izquierdo de probable localización proximal, con signos de degeneración Walleriana severa y ausencia de actividad denervativa”.

El día “07-02-2010” ingresa nuevamente por “presentar cuadro de luxación de prótesis de cadera izquierda”; se le realiza “una reducción”, siendo dado de alta el día 1 de marzo de 2010. Manifiesta que una doctora del centro hospitalario emite el día 24 de junio de 2010 un informe con la impresión diagnóstica: “se observan signos de axonotmesis severa de nervio ciático poplíteo interno izdo. con actividad denervativa profusa sin signos de reinervación en el momento actual”; continúa señalando que en el informe de consultas externas de fecha 14 de febrero de 2011 consta “pruebas complementarias: EMG: (24-06-10): axonotmesis severa CPI”, siendo la impresión diagnóstica “lesión nervio CPI post-recambio PTC izda.”. Es dado de alta en el Servicio de Rehabilitación con “fecha 24-11-2010”.

Entiende el reclamante que “las secuelas” que padece, “permanentes e irreversibles, han sido causadas por una indebida praxis medica en la intervención quirúrgica” a la que fue sometido el “11-01-2010”, y añade que como “expresamente figura en los informes médicos”, fundamentalmente en los

“citados de 24-06-10 y 14-02-11”, durante el “transcurso de la citada intervención se ha producido una lesión en el nervio CPI POST”, que provocó la lesión que se detalla en el informe mencionado de 24 de junio, con “incumplimiento de la *lex artis ad hoc* necesaria para llevar a cabo” la intervención.

Reclama una indemnización por importe total de ciento treinta y cinco mil trescientos ochenta y tres euros con treinta céntimos (135.383,30 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 51 días de hospitalización, 3.366 €; 235 días improductivos, 12.610,10 €; 46 días no improductivos, 1.328,48 €; 28 puntos de secuelas, 30.533,72 €; 6 puntos perjuicio estético, 4.083,30 €; 10% factor de corrección, 3.461,70 € y por incapacidad permanente total, 80.000 €.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital, en el que se detalla que el paciente, fue diagnosticado, de “coxartrosis avanzada secundaria a enfermedad de Perthes con acortamientos de MII de 4 cm”, por lo que el día 15 de febrero de 2007 se procedió a la “colocación de PTC izquierdo”. b) Informe del Servicio de Urgencias, de dicho centro hospitalario, de fecha 30 de noviembre de 2009, en el que se indica que presenta “absceso en cicatriz de intervención de cadera por Perthes”. c) Informe del Servicio de Urgencias Traumatología, de fecha 10 de diciembre de 2009, en el que de nuevo consta que el motivo de la consulta es “fístula en cadera izquierda”. d) Informe del Servicio de Traumatología, en el que consta que el paciente permanece ingresado del día 4 al 25 de enero de 2010, realizándole una intervención quirúrgica el día 11 de enero de 2010 por la que se “procede a recambio de polietileno y cabeza protésica con resección de fístula y limpieza quirúrgica”, siendo la impresión diagnóstica “infección hematógena prótesis cadera izquierda”, indicando igualmente que en “el postoperatorio se evidencia paresia distal del CPI”. e) Informe del Servicio de Traumatología, de fecha 27 de enero de 2010, en el que se afirma que la “exploración neurofisiológica es sugerente de Neuropatía sensitivo-motora de nervio Ciático Poplíteo Interno izquierdo de probable localización proximal, con

signos de degeneración Walleriana severa y ausencia de actividad denervativa en el momento actual (15 días de proceso)". f) Informe del Servicio de Traumatología, en el que se detalla que permaneció ingresado del día 7 de febrero al 1 de marzo de 2010, por presentar "cuadro de luxación de prótesis de cadera izquierda" realizándole una "reducción (...) colocando aparato de abducción". g) Informe del Servicio de Traumatología de fecha 24 de junio de 2010, en el que se refiere que se "observan signos de Axonotmesis severa de nervio Ciático poplíteo interno izdo. con actividad denervativa profusa sin signos de reinervación en el momento actual". h) Resolución de la Dirección Provincial de Asturias del Instituto de la Seguridad Social, de fecha 19 de octubre de 2010, por la que se reconoce al interesado una "pensión de incapacidad permanente en el grado de total, para la profesión habitual".

2. Mediante oficio de 28 de junio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios traslada la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, indicando que por parte del servicio "ya se ha iniciado expediente de responsabilidad patrimonial".

3. Mediante escrito de 30 de junio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Mediante oficios datados el 12 de julio y el 12 de agosto de 2011, el Director Médico del Hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica, así como el informe del Servicio de Traumatología.

En la historia clínica figuran, entre otros, informes que coinciden con los adjuntados a la reclamación, y además el informe del Servicio de Traumatología de fecha 11 de agosto de 2011, en el que se detalla que el paciente fue

intervenido en febrero de 2007 por "presentar una artrosis avanzada de cadera izquierda secundaria a enfermedad de Perthes durante la infancia", que asociaba un "acortamiento marcado de MII de 4 cm. y una atrofia de cuádriceps en muslo izquierdo", apareciendo como "complicación una infección en la PTC izquierda", añadiendo que dada la "gravedad de la lesión" es "necesaria la intervención quirúrgica para eliminar todas las partes afectadas por el proceso infeccioso", que se lleva a cabo el día 11 de enero de 2010. En el "posoperatorio se aprecia un déficit para la flexión plantar del pie y tobillo izquierdos por afectación del nervio CPI, como complicación de la cirugía". Respecto a las secuelas, indica que la "paresia del CPI" es un "proceso de lenta recuperación" pudiendo existir "capacidad de regeneración nerviosa hasta varios años después de la lesión (2-4 años)", debiendo de determinarse la lesión por "procedimientos objetivos como la electromiografía", añadiendo que en la última realizada el día 24 de junio de 2010 se informa: "signos de axonotmesis severa de nervio (...) sin signos de reinervación en el momento actual". Con relación al "acortamiento referido de la extremidad", afirma que "estaba presente antes de la cirugía del 14-02-2007, siendo de 4 cm, habiéndose corregido dicho acortamiento tras la intervención como así consta en el informe de fecha 8-11-2007 'No disimetrías de MMII'", tras la "reintervención del 11-01-2010 no se constata en el curso clínico la existencia de disimetrías", con respecto a la "atrofia del cuádriceps de muslo" ya "estaba presente antes de la cirugía de colocación de la prótesis" como se describe "en el informe el 8-11-2007 'Atrofia de cuádriceps en muslo izquierdo (+), ya presente antes de cirugía'" por lo que sería "atribuible a su patología previa". Por último, respecto de la "vía de abordaje" para la intervención de "recambio prótesis" se dice que fue "el mismo abordaje posterior que el utilizado para la cirugía de colocación de la prótesis primaria", por lo que la cicatriz "ya existe como inherente" al tipo de cirugía realizada en la "primera intervención". Concluye el informe que se han "llevado a cabo las pautas de tratamiento establecidas" en el Servicio para dicho "tipo de patología" y que se "han

seguido los protocolos de actuación para llevar a cabo con éxito las intervenciones quirúrgicas practicadas”.

5. Con fecha 23 de septiembre de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, señala que se informó al paciente previamente “del proceso patológico y de la cirugía a realizar, así como de las posibles complicaciones, firmando el C. I. correspondiente”, que la infección en “cirugía protésica es una de las complicaciones más importantes y devastadoras”, siendo su incidencia, según las series, “del 1-3% en las prótesis primarias y del doble en las cirugías de revisión” y concluye que en el presente caso su aparición “no puede achacarse a una mala actuación médica, pues ésta siempre se ajustó a la *lex artis ad hoc*. Se trata de una complicación inevitable y por tanto debe ser asumida como tal”.

6. Mediante escritos de 25 de octubre 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.

7. Con fecha 6 de diciembre de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas, uno de ellos en Traumatología y Ortopedia, otro en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia y el último en Cirugía de la Mano y Nervios Periféricos.

En él se señala que el enfermo padecía una “secuela de enfermedad de Perthes, que le condicionaba una disimetría de miembros inferiores y atrofia muscular (...), necrosis cefálica (...), alteración biomecánica y dolor” en la cadera izquierda, por lo que se le propone “tratamiento quirúrgico” que “es aceptado (...) con sus consentimientos informados correspondientes”. Se le intervino en 2007 y se “corrige la disimetría que existía”, no constando hasta el año 2009 sospecha de “infección osteoarticular”. Añade el informe que el

paciente también padece una “neoformación vesical que es tratada en el servicio de Urología”, produciéndose una “prostatitis”; consideran los informantes que dicho “proceso urológico es casi seguro la etiología de la infección de la artroplastia por vía hematológica”. Continúa el informe detallando que el día 4 de enero de 2010, el paciente sufre un “proceso séptico local” que “precisa tratamiento farmacológico y quirúrgico el 11-1-10”, en “esta cirugía aparece como complicación una lesión nerviosa de ciático poplíteo interno que le condiciona una secuela definitiva”. Concluye el informe que la “sintomatología infecciosa no guarda una relación de causalidad íntima y directa con la intervención que le fue practicada y sí con los factores de riesgo que tiene el paciente”, afirmando que “fue una infección hematológica de su foco urológico”. Con relación a la secuela neurológica, afirman que la “sintomatología guarda una relación de causalidad íntima y directa con la segunda intervención que le fue practicada”, no obstante “dichas secuelas no puede ser imputada (...) a una asistencia inadecuada”.

8. Con fecha 17 de enero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 25 del mismo mes se persona un representante en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por doscientos noventa y tres (293) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 1 de febrero de 2012, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que “reitera y da por reproducido el contenido íntegro del escrito de interposición” de la reclamación, además considera que en una serie de informes que obran en el expediente y que cita, “se reconocen las lesiones y secuelas” que sufre “derivadas de las intervenciones quirúrgicas” señaladas; a pesar de que se “intenta acreditar la correcta actuación de los servicios médicos”, se deduce de

la "documental existente en el expediente" que la secuelas son "permanentes e irreversibles" y que han "sido causadas por una indebida praxis médica en la intervención quirúrgica" realizada el "11-01-2010". Añade que con fecha "24-11-2011" recibió el "alta en el Servicio de Rehabilitación sin respuesta funcional del CPI". Continúa señalando que como "expresamente figura en los informes médicos, y fundamentalmente en los citados de 24-06-10 y 14-11-2011, durante el transcurso de la citada intervención se ha producido una lesión en el nervio CPI POST" provocando "axonotmesis severa" por "incumplimiento de la *lex artis ad hoc*", lo que es "expresamente reconocido en el dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora. Por último, añade que los "consentimientos informados" aportados al expediente son "un documento tipo y su contenido es genérico y protocolario", sin que mencionen "en ningún momento" sus "condiciones y antecedentes específicos" que pudieran "tener influencia en la intervención quirúrgica y sus consecuencias"; en todo caso, "la existencia del consentimiento informado no ampara ninguna negligencia médica" que pueda "ocasionar un resultado dañoso".

9. El día 20 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada, basándose en idénticos argumentos a los expuestos en el informe técnico de evaluación y en el emitido por la asesoría privada.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de marzo de 2012, registrado de entrada el día 19 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 Salud y Servicios Sanitarios, 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 el interesado activamente legitimado 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 procedimiento que examinamos, la reclamación se presenta con fecha 23 de junio de 2011, y la segunda intervención quirúrgica, a la que el interesado atribuye mala praxis médica, tuvo lugar el día 11 de enero de 2010,

lo cual nos llevaría a concluir que la reclamación ha sido formulada fuera de plazo.

En un caso como el que dictaminamos, en el que la total curación no ha sido posible, la fijación del *dies a quo* para iniciar el cómputo del plazo establecido en el apartado 5 del artículo 142 de la LRJPAC ha de venir condicionada por la fecha de la determinación del alcance de las secuelas, con independencia de la permanencia del padecimiento. Ese momento no es otro que aquél en el que obtiene la información plasmada en el diagnóstico definitivo de la estabilización de las secuelas, ya que a partir de dicha fecha el reclamante posee todos los elementos precisos para la imputación y cuantificación de la eventual responsabilidad patrimonial de la Administración.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, el momento a partir del cual ha de comenzar el cómputo de un año es, a nuestro juicio, el día 14 de febrero de 2011, fecha del informe emitido por el Servicio de Rehabilitación del Hospital, en el que se confirma la lesión del nervio ciático poplíteo, tras haber llevado a cabo tratamiento rehabilitador.

Dado que la reclamación se presentó el día 23 de junio de 2011, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año 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.- Funda el reclamante su pretensión indemnizatoria en el deficiente funcionamiento de la Administración sanitaria, que le habría ocasionado una lesión en el nervio ciático tras una intervención quirúrgica destinada al recambio en un centro sanitario público de una prótesis total de cadera izquierda.

A la vista del expediente, resulta acreditado que desde la citada operación el paciente sufrió una afectación del nervio ciático poplíteo interno izquierdo que le produjo signos de axonotmesis severa con actividad denervativa.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el

daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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.

Realiza el interesado dos imputaciones al servicio público sanitario, pues alega la existencia de mala praxis durante la intervención quirúrgica, que considera causante de su lesión, y el alcance limitado del consentimiento informado por él prestado.

Respecto a la primera, el reclamante estima que “durante el transcurso de la citada intervención se ha producido una lesión en el nervio CPI POST”, y afirma que ello es “expresamente reconocido en el dictamen médico” emitido a instancia de la compañía aseguradora, en el que se señala que en relación “a la secuela neurológica cabe afirmar que la sintomatología guarda una relación de causalidad íntima y directa con la segunda intervención”. Hay que resaltar, no obstante, que el interesado no ha probado la existencia de la mala praxis que atribuye a los servicios públicos sanitarios, y que, por el contrario, los informes emitidos en el procedimiento coinciden en señalar que la actuación de los médicos fue adecuada y conforme a la *lex artis*.

En efecto, en relación con la imputación de mala praxis hemos de señalar que si bien es cierto que en el informe citado los especialistas afirman expresamente lo manifestado por el reclamante, también es cierto que, a diferencia de lo concluido por el interesado -“el funcionamiento” de la Administración sanitaria “no se ajustó a los cánones de eficiencia médica”-, los mencionados especialistas afirman en su informe que la secuela neurológica “no puede ser imputada, como pretende” el interesado, a una “asistencia inadecuada por parte de los profesionales del sistema sanitario público”; por el contrario, “su actuación y posteriormente el control posoperatorio en el sistema público, al utilizar los recursos que en cada momento el estado” del paciente demandaba, “fue correcta y conforme con las exigencias de la *lex artis* profesional”. En el mismo sentido, el informe del Servicio de Traumatología del centro hospitalario, tras indicar que estadísticamente la complicación “no se asocia a factores concretos y aunque se protocolicen las actuaciones quirúrgicas (colocación del paciente, técnica quirúrgica y vías de abordaje)” la complicación “se sigue dando sin asociarse a una mala praxis médica”, señala que “la

complicación se ha producido como un hecho no deseable debido al riesgo implícito que lleva asociado este tipo de intervenciones” a pesar de “haberse llevado a cabo la cirugía con todos los medios humanos y materiales que la misma requiere” y con las “actuaciones médicas regladas para obtener la resolución del proceso sin que haya complicaciones”. Por ello, dicha complicación se considera que “no puede ser atribuida a mala praxis estando todas las pautas de actuación médicas ajustadas a la *lex artis ad hoc*”.

Es cierto que no se ha acreditado de forma indubitada en qué momento se pudo causar la lesión. Pero el informe del Servicio de Traumatología del hospital donde se llevó a cabo la intervención consigna que, en este caso, “no se apreció ninguna actuación que pudiera ser lesiva para el nervio ciático durante la intervención quirúrgica”. Por su parte, el informe emitido por los especialistas, señala que “el acto quirúrgico se desarrolló sin incidencias desde un punto de vista técnico”.

En cuanto a la segunda de las imputaciones, la relativa a la insuficiencia del consentimiento informado, el informe técnico de evaluación firma que la complicación surgida es “relativamente frecuente en la cirugía de revisión de cadera, más si existe infección protésica”, y añade que la afectación del nervio puede originarse al “despegarlo de las estructuras cicatriciales de la fibrosis existente por la cirugía previa”, indicando que dicha “liberación del nervio es un paso imprescindible en la cirugía de limpieza quirúrgica”. El informe precisa que se informó al paciente previamente del “proceso patológico y de la cirugía a realizar, así como de las posibles complicaciones, firmando el C. I. correspondiente”, en el mismo sentido en el informe del Servicio de Traumatología del centro hospitalario consta que dicha complicación es “un riesgo que va implícito en toda cirugía realizada sobre la cadera” y que “aumenta en cirugía protésica de cadera y de manera más importante en la cirugía de recambio y/o infección protésica”; por tanto, dicha “complicación se considera inevitable”, añadiendo que el “paciente ha conocido y aceptado” los “riesgos inherentes a la cirugía como se refleja en los 3 consentimientos

informados escritos previos a las actuaciones quirúrgicas, firmados por el paciente”, donde se constata “la posibilidad de dicha complicación de forma específica”. Por último, en el informe elaborado por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora, tras señalar que al paciente se “le propone tratamiento quirúrgico”, que fue “aceptado” con sus “consentimientos informados correspondientes”, destaca que dicha complicación es la “materialización de varios de los riesgos del procedimiento” que aunque “infrecuentes, están profusamente documentados en la literatura científica” y cuya “aparición es imprevisible e inevitable”, añadiendo que “las intervenciones contaban con información”.

El interesado, aunque admite la existencia de los consentimientos por él firmados, reprocha en el trámite de audiencia que “se trata de un documento tipo y que su contenido es genérico y protocolario (...), no mencionando en ningún momento” sus “condiciones y antecedentes específicos”, que pudieran “tener influencia en la intervención quirúrgica y sus consecuencias”, y concluye que el consentimiento informado “no ampara ninguna negligencia médica que pudiera ocasionar un resultado dañoso”. Sobre esta última manifestación, hemos de afirmar que, ciertamente, la prestación del consentimiento no ampara las posibles negligencias médicas; pero ya hemos razonado que no se ha probado la existencia de mala praxis médica en este supuesto concreto.

Por otra parte, no cabe cuestionar la eficacia del consentimiento, dada la constancia de que en el prestado para la “limpieza quirúrgica PTC”, el interesado declara haber “sido informado de la conveniencia de proceder, en mi situación, a la realización” de dicha limpieza, constanding entre los riesgos y complicaciones que debe conocer por “su frecuencia o importancia” la “lesión neurológica”, y de que presta su consentimiento “una vez leído y comprendido, consultada la opinión médica”. Igualmente, en el consentimiento informado suscrito para “recambio ó retirada prótesis total de cadera”, el paciente declara que a “criterio del cirujano que le atiende es necesario que (...) se someta a una intervención para el recambio o retirada de la prótesis”, y entre los riesgos

y complicaciones que debe conocer se cita la "lesión o afectación de troncos nerviosos, que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores", constando igualmente en el impreso las alternativas al procedimiento -seguir tomando medicamentos para el dolor-, tras lo cual el paciente manifiesta su consentimiento, una vez leído y comprendido el contenido del impreso.

Por tanto, resulta acreditado que el paciente consintió los procedimientos quirúrgicos, siendo claro y preciso el propósito principal de la intervención -escisión de tejidos afectados por la infección, recambio de la cabeza protésica- y constando expresamente, dentro de los riesgos y complicaciones, la lesión neurológica. Como en cualquier otra intervención quirúrgica, no se puede garantizar el resultado, como los propios documentos que el interesado suscribió reflejan, cuando advierten de posibles complicaciones, entre ellas la citada "lesión neurológica".

A todo ello ha de añadirse que en el informe emitido por el Servicio de Traumatología, tras señalar que el paciente ingresa el día 4 de enero de 2010 y que "dada la gravedad de la lesión" se considera "necesaria la intervención quirúrgica" por lo que se "procede a la preparación preoperatoria" -estudios preoperatorios, valoración del Servicio de Anestesia y programación de la fecha de la cirugía-, por lo que se lleva a cabo la intervención el día 11 del mismo mes, se hace constar que el "paciente y sus familiares son informados detalladamente del proceso patológico y de la cirugía así como de las complicaciones inherentes a la misma, acompañando a la información oral el consentimiento informado escrito que es firmado por el paciente". De todo ello se deriva que, sin necesidad de valorar cual fue la concreta información verbal que se le habría suministrado, la ofrecida al reclamante en los consentimientos por él prestados incluía con claridad la lesión finalmente producida, que no puede, en consecuencia, considerarse antijurídica.

En suma, en el presente supuesto se ha materializado uno de los riesgos descritos en los documentos de consentimiento informado, configurándose, a tenor de lo razonado, como una consecuencia que el reclamante debe asumir y

soportar en la medida en que se ocasionó en el curso de una intervención quirúrgica correcta y adaptada a la *lex artis*, y cuya eventualidad conoció y aceptó, por lo que el daño producido no puede calificarse de antijurídico. Por ello, no resulta posible imputar al funcionamiento del servicio público sanitario la responsabilidad por los perjuicios alegados.

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.