

En Logroño, a 7 de abril de 2017, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

23/17

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria formulada por D. J.P.M, por daños y perjuicios que entiende causados al ser intervenido en el SERIS de coxartrosis por colocación de una prótesis total de cadera, con secuelas de dolor generalizado; y que valora en 100.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 5 de mayo de 2016, que tuvo entrada en el registro de la Consejería el siguiente día 1 de junio el referido paciente, representado por Abogada, formuló la citada reclamación de responsabilidad patrimonial, que se fundamenta en lo siguiente:

-“(El paciente) fue intervenido quirúrgicamente, en el año 2008, para la colocación de prótesis de cadera izquierda.

-*Durante los años siguientes, acudió, tanto (al Servicio de) Urgencias como a su Médico de cabecera, aquejado de continuos dolores en la citada cadera, así como con fuertes dolores en la rodilla izquierda. Los dolores continuados en la rodilla izquierda forzaron la movilidad de la extremidad inferior derecha, que se ha deformado.*

-*En el año 2014, tras múltiples visitas (al Servicio de) Traumatología, decidieron cambiar la prótesis de la cadera izquierda, dado que la misma estaba mal puesta y estaba afectando al hueso de la cadera.*

-Tras la intervención quirúrgica, el estado de las rodillas no ha mejorado, todo lo contrario, en la actualidad continúa con muletas, sin apenas movilidad, sin que, hasta el momento, le hayan indicado la patología que padece ni las opciones futuras que le amparan.

-Dicho estado ha empeorado, no sólo la movilidad de las extremidades inferiores, sino también las superiores. (El paciente) estuvo de baja médica y en rehabilitación hasta el 30 de julio de 2015.

-La Seguridad Social le ha concedido una incapacidad total para su trabajo habitual”.

Tras exponer los Fundamentos de Derecho que considera aplicables, solicita prueba testifical de los Facultativos implicados en la atención del paciente y termina solicitando una indemnización de 100.000 euros por los daños físicos y morales.

Segundo

Mediante Resolución de 2 de junio de 2016, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día inmediato anterior, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta de 3 de junio, se comunica, a la Abogada del reclamante, la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC'92).

Y, mediante comunicación del mismo día, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando que se le remitan cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia prestada, por los Servicios de Urgencias y Traumatología, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes, todo ello acerca de la asistencia prestada y situación actual del paciente.

Seguidamente, obra escrito de la Aseguradora del SERIS, W.R.B.E, de 2 de agosto de 2016, acusando recibo de la comunicación de la reclamación planteada.

Cuarto

Mediante escrito de 3 de agosto de 2016, la Dirección del Área de Salud remite, al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica, así como los informes aportados por los Drs. D. J.M.I.B. y D. M.C.M.T.

Quinto

Con fecha 2 de septiembre de 2016, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

Sexto

El 2 de diciembre, se remite el informe de la Inspección médica, de la misma fecha, que establece, previa consulta de la historia clínica digitalizada del paciente a través del programa *Selene*, la siguiente **discusión científico-técnica**:

“La reclamación de la representante (del paciente, dice en su escrito): «Tras la intervención quirúrgica (del 2014), el estado de las rodillas no ha mejorado, todo lo contrario, en la actualidad continua con muletas, sin apenas movilidad sin que hasta el momento le hayan indicado la patología que padece ni las opciones futuras que le amparan. Dicho estado ha empeorado no solo la movilidad de las extremidades inferiores sino también las superiores». Más adelante concreta su reclamación en la producción de dos errores médicos: «el error durante la propia intervención quirúrgica, que se promovió para solventar un problema no complejo de la articulación, y la ausencia de información que debería haberse documentado en el correspondiente consentimiento informado en todas y cada una de las intervenciones de las que fue sometido el paciente».

De la frase anterior, cabe deducir, que el paciente, achaca una cierta negligencia o mala praxis, a la actuación profesional de los Cirujanos que le intervienen en el 2014 y que ello le ha supuesto un empeoramiento. Sin embargo, los datos objetivos de que disponemos no concuerdan con dicha afirmación:

-El paciente, a los 20 años, es diagnosticado y operado, por cadera en resorte bilateral. Este tipo de patología se caracteriza por la presencia de un chasquido o clic, que puede o no ser dolorosa y que requirió una fasciotomía a nivel trocántereo en la cadera derecha.

-Cuatro años más tarde, es intervenido en la otra cadera. Es interesante observar el informe clínico (sobre el paciente) que, en Salamanca, el Dr. A.P, del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del H.C, realiza, el 16 de junio del 2003, donde señala, como antecedentes, además de las caderas en resorte, el diagnóstico de caderas displásicas. Esta entidad nosológica es importante tenerla en cuenta por la evolución que puede conllevar. En efecto, la displasia de cadera es una enfermedad que se suele presentar en niños con menos de dos años y que, en la edad adulta puede tener consecuencias importantes, pudiendo llevar a una osteoartritis de cadera

y, por tanto, a dolores e invalideces. Se puede definir como una afectación ósea, producida por diversas causas y que puede conllevar a una inadecuada formación de la articulación de la cadera, originando a la larga un desgaste excesivo de la misma y producir invalidez.

-En este caso, la evolución más probable fue hacia la coxartrosis, de la que es intervenido en los años 2007 y 2008, ya aquí, en el Hospital San Pedro. El paciente, después de la rehabilitación, queda en buenas condiciones, con un buen balance articular en ambas caderas.

-En los años 2009 y 2010, se realiza seguimiento en consultas externas, y manifiesta encontrarse relativamente bien, aunque nota que la cadera izquierda está peor.

-En el 2013, acude nuevamente por dolor en muslo y rodilla derecha y, en la exploración, se observa una reabsorción del cuello femoral, comentándole la necesidad de recambiar. No se observa nada llamativo en su rodilla, a pesar del dolor que refiere. El paciente decide esperar.

-En marzo de 2014, el Dr. S, anota: «todo su dolor es en la rodilla izquierda y referenciado en la rodilla. Nada en absoluto en la cadera. La cojera es por la cadera pero me insiste que no tiene dolor. Le pongo infiltración en la rodilla y veré respuesta. Yo le insisto que será irradiado (el dolor) de la reabsorción del cuello del femoral de la resurfacing».

-En diversas consultas, en mayo de 2014, se observa que está peor y que lo incluye para recambio. Habla con la casa comercializadora de la prótesis que lleva implantada y le comentan que ya no comercializan cabezas grandes, con lo que hay que retirar el cotilo también. La gammagrafía sugiere un aflojamiento del acetábulo.

-En agosto de 2014, ante el dolor en la rodilla, se le infiltra en la rodilla y queda pendiente de operar la cadera izquierda.

Como puede observarse, el seguimiento fue periódico y minucioso, y la decisión de reintervención, que el paciente acepta y (para la que) firma el consentimiento, correcta y adecuada. En el seguimiento, se observa, tanto por la exploración como por resonancia, que el dolor de rodilla no obedece a patología propia de la rodilla. Por tanto, no ha habido error diagnóstico, ya que el dolor de rodilla no hay elemento objetivo alguno que lo relacione con patología propia de la misma, sino más bien debe ser irradiado.

Por otro lado, la resonancia lumbar que se le había solicitado manifiesta inestabilidad lumbosacra, por lo que se le manda a la consulta del Dr. M, Traumatólogo, que se ocupa con más intensidad de los problemas de columna. En la consulta del Dr. M, de noviembre de 2015, manifiesta dolor generalizado, también le duele el hombro, pero no se habla de que el paciente porte muletas ni de dolor agudizado en rodillas. Se le comenta la posibilidad de hacer rehabilitación (para el hombro), pero, en ese momento, no lo cree conveniente.

Acabaré esta exposición con las notas de la consulta de 29/09/2016, del Dr. M: «La gammagrafía ósea no sugiere movilización de las prótesis, sinfisitis o sacreolitis. El paciente presenta dolor generalizado. Las lesiones de gammagrafía pueden sugerir dolor en ingle y zona lumbar, pero no justificaría todos los dolores el grado de limitación que presenta el paciente».

De todo lo expuesto, se deduce: i) que la evolución del proceso de las caderas del paciente, es progresivo, habiendo sido sometido, desde hace más de 25 años, a diversas intervenciones en ambas

caderas; ii) que se ha actuado con celo en su tratamiento, intentando mejorar o paliar en lo posible esa progresividad, de acuerdo con los conocimientos actuales de la Ciencia médica, que, como es sabido, es una Ciencia que, por su propia naturaleza, está obligada a poner todos los medios necesarios, pero que no puede garantizar los fines al 100%; iii) que se ha estudiado concienzudamente el dolor de la rodilla que aqueja al paciente, concluyendo que no hay patología propia de la misma que lo justifique, sino que lo más probable es que se deba a patología, bien de la cadera y/o bien dorso-lumbar, de la que viene siendo tratado por el Dr. M, y que, a juzgar por el contenido de su última consulta, no justificaría el dolor generalizado que el paciente manifiesta; iv) por otro lado, también está sometido a tratamiento rehabilitador el hombro doloroso y que, en principio, se trata de distinta patología y sin vinculación con las caderas o rodillas.

En cuanto a la ausencia de información, el paciente tiene firmado todos los consentimientos informados referentes a las intervenciones realizadas en el Hospital San Pedro y, más concretamente, a la referida, en el 2014. Ahora bien, los consentimientos informados hacen referencia explícita a las complicaciones e incidencias que puede acontecer en el transcurso de la intervención o como consecuencia de la misma. En el caso que nos ocupa, no se ha producido ninguna complicación o efecto derivado de la misma.

Cuestión distinta es que el paciente creyera a ciencia cierta que la intervención iba rebajar o anular el dolor de su rodilla, y que, seguramente, el Facultativo lo contempla como posibilidad factible, pero no segura y luego, aunque, por los datos existentes, ha habido mejoría evidente, no cubriera sus expectativas. Por otro lado, (en) un paciente que lleva con patología de cadera más de 25 años, con varias intervenciones y prótesis, resulta difícil aducir falta de información para este proceso.

Por lo expuesto en párrafos anteriores, considero que las actuaciones de los diversos Especialistas que trataron al paciente han sido correctas y adecuadas según la lex artis”.

Séptimo

Figura, a continuación, en el expediente, un dictamen de la Consultora médica P, emitido a instancia de la precitada Aseguradora del SERIS, de 22 de junio de 2016, que establece las siguientes **conclusiones generales**:

- 1. El diagnóstico de coxartrosis bilateral secundaria a displasia del desarrollo de las caderas fue correcto.*
- 2. La indicación de prótesis total de cadera tipo resurfacing, par metal-metal, fue correcta. Según la bibliografía, se trataba del candidato ideal para este tipo de implante (varón joven y activo con coxartrosis), el cual ha demostrado resultados excelentes de supervivencia.*
- 3. Se intervino, en 2007, la cadera derecha y, en 2008, la izquierda, previa firma de los consentimientos informados de prótesis articular. Los hallazgos operatorios confirmaron el diagnóstico correcto.*
- 4. El seguimiento postoperatorio fue el adecuado para valorar la evolución y detectar precozmente la aparición de complicaciones. Según los datos analizados, la evolución clínica inicial fue satisfactoria, con controles radiológicos normales.*

5. A los 5 años de la prótesis izquierda, refiere dolores en muslo y rodilla, y es correctamente diagnosticado de osteolisis del cuello femoral: Se actuó correctamente, poniendo los medios diagnósticos disponibles para conocer la etiología del dolor.

6. El dolor en la rodilla es un dolor referido de la cadera, tal y como correctamente le explicó el Dr. S. No implica patología intrínseca de la rodilla, por lo que se actuó correctamente en este sentido.

7. La complicación de osteolisis del cuello, que provoca aflojamiento del componente femoral, es una complicación descrita en el consentimiento informado que firmó el paciente.

8. Se ofreció el tratamiento adecuado, el recambio protésico, rechazándolo inicialmente. Se continuaron realizando revisiones frecuentes para valorar la evolución de la osteolisis en las radiografías sucesivas.

9. Ante empeoramiento, acepta cirugía de recambio protésico, que se lleva a cabo sin incidencias. En la cirugía, se confirma el diagnóstico correcto de aflojamiento.

10. El seguimiento postoperatorio en consultas fue adecuado. (El paciente) refería una serie de dolores inespecíficos, que están siendo estudiados mediante las pruebas diagnósticas disponibles (radiografías, gammagrafía, RM rodilla, RM lumbar, electroneurograma). Se pautó tratamiento analgésico.

11. La clínica que refiere no puede ser atribuida a un incorrecto seguimiento, indicación ni actuación médica o quirúrgica. La secuela de dolor no está establecida en el momento de emitirse este informe, al continuar seguimiento en consultas externas.

12. En todo momento, la actuación médica y quirúrgica se ajustó a los protocolos de actuación reconocidos para este tipo de patología”.

Termina el informe con la siguiente **conclusión final**:

“La asistencia prestada al paciente por parte del Servicio Riojano de Salud, en relación a las intervenciones quirúrgicas realizadas entre 2007 y 2014 por su coxartrosis bilateral, fue acorde a la *lex artis*”.

Octavo

La Instructora del expediente, el 20 de diciembre de 2016, notifica, a la Abogada del reclamante, que inadmite, por innecesaria, la prueba testifical propuesta, al considerar que, en la documentación unida al expediente, se encuentran recogidos, con total precisión y claridad, los hechos, por lo que la práctica de la prueba solicitada no aportaría datos de interés alguno para el esclarecimiento de los mismos.

Noveno

Mediante escrito de 10 de enero, la Instructora da trámite de audiencia a la Abogada del reclamante, a quien se facilita, el siguiente día 16, copia de los documentos obrantes en el procedimiento, sin que se formulen posteriormente alegaciones.

Décimo

Con fecha 14 de marzo de 2017, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo primero

La Secretaria General Técnica de la Consejería actuante, el día 20 de marzo, remite, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 27 de marzo.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 28 de marzo de 2017, y registrado de entrada en este Consejo el 29 de marzo de 2017, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente 29 de marzo de 2017, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo [a día de hoy, sin vigencia, en virtud de lo preceptuado en la Disposición derogatoria única, 2.d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), pero aplicable al presente procedimiento, a tenor de los establecido en la Disposición Transitoria Tercera, a) de la indicada Ley] prescribe que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada ley 7/2011. Por tanto, y reclamándose una cuantía de 60.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC'92), la cual resulta aplicable al presente caso [Disposición derogatoria única, 2. a), en relación con la Disposición transitoria tercera, a), de la Ley 39/2015 (LPAC'15), sirviendo lo señalado anteriormente, y por los mismos motivos, respecto a la vigencia del Real Decreto 429/1993].

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1, 139.2 y 141.1 LPAC'92) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. En la relación fáctica del escrito de reclamación, se hace referencia a dos intervenciones quirúrgicas, en los años 2008 y 2014, relacionadas con prótesis de la cadera izquierda, con alusiones genéricas a resultados insatisfactorios, baja médica y rehabilitación hasta julio de 2015 y, como secuela final, una incapacidad total para su trabajo habitual reconocida por la Seguridad Social.

Es en los Fundamentos Jurídicos donde el reclamante concreta algo más, aunque no demasiado ni con la debida claridad, en qué apoya la responsabilidad patrimonial que pretende imputar a la Administración sanitaria. En efecto, considera que la necesaria relación causal se centra en la *“omisión de la debida, diligencia que aumenta la situación de riesgo, generando el resultado conocido y esperable”*. Añade que existe responsabilidad *“por el resultado ineficaz de las diferentes intervenciones médicas, por la inadecuada colocación de la prótesis de cadera y, especialmente, por la falta de información de lo que podrían ser las consecuencias de haberse sometido a las intervenciones”*.

Concretamente hace referencia a dos errores médicos: i) *“el error durante la propio intervención quirúrgica que se promovió para solventar un problema no complejo de articulación”*; y ii) *la ausencia de información, que debería haberse documentado en el correspondiente consentimiento informado, en todas y cada una de las intervenciones a las que fue sometido el paciente”*.

Y termina afirmando que: *“no cabe, en ningún caso, alegar que los Facultativos que trataron al paciente actuaron conforme a la lex artis: primero, porque no lo hicieron; y, segundo, porque, de haber sido así, tampoco se excluiría por ello la responsabilidad de la Administración”*.

2. Ante todo, debemos rechazar, de plano y categóricamente, la última de estas afirmaciones, pues, reiterando la doctrina sentada en multitud de dictámenes y recordada al final del Fundamento de Derecho Precedente, la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es *de medios* y no *de resultado*; y, si la actuación facultativa se ha ajustado a los criterios de la *lex artis ad hoc*, la Administración sanitaria no ha de responder del daño, al no concurrir un título de imputación del mismo.

3. Ahora bien, de los dos parámetros bajo los que ha de enjuiciarse la posible concurrencia de un criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria, que recordábamos en ese mismo Fundamento, el de la *lex artis ad hoc* y el del *consentimiento informado*, a juicio del reclamante, ambos permiten, en el presente caso, atribuir responsabilidad por el daño cuyo resarcimiento se interesa, desde el momento de que sostiene que se produjo un error durante la intervención quirúrgica por inadecuada colocación de la prótesis, clara contravención de los postulados de la *lex artis*, y de ausencia de información.

4. El reclamante considera, por tanto, vulnerado, en primer término, su derecho fundamental como paciente a ser debidamente informado. Sin embargo, del expediente, se deduce, con total evidencia, que no existe tal falta de información, toda vez que obran los distintos documentos de consentimiento informado para todas las intervenciones que se practicaron al interesado y sus respectivas anestесias.

Así, en los folios 49-50 y 59-60, obran los documentos de consentimiento informado para las intervenciones de prótesis articular de cadera derecha e izquierda, respectivamente, realizadas al interesado en los años 2007 y 2008, recogiendo, como posibles complicaciones, entre otras: las fracturas del hueso huésped durante la intervención o más tardíamente; la luxación de la prótesis, que puede exigir su reducción e incluso cambio; el aflojamiento de la prótesis o desgaste de los componentes, que implicaría la necesidad de recambio, con peor resultado que la implantación inicial; las osificaciones periprotésicas dolorosas o anquilosantes; y la rigidez articular y cojera.

Figuran también en el expediente (folios 63 a 66, ambos inclusive), sendos documentos de consentimiento informado para la intervención de recambio protésico de cadera izquierda y, dentro de la misma, la recepción-trasplante de tejido osteotendinoso.

En definitiva, la pretendida ausencia de información al paciente carece de justificación y es totalmente infundada. Es más, como reseña el informe de la Inspección médica, para un paciente que lleva con patología de cadera más de 25 años, con varias intervenciones y prótesis, resulta difícil aducir falta de información para este proceso.

El interesado estuvo, a lo largo de todo el proceso, suficientemente informado a los efectos de tomar, consciente y libremente, su decisión de aceptar o no la medida terapéutica que se le proponía. Según queda reflejado en la historia clínica, al menos en una ocasión, se propuso al paciente un recambio protésico, que él mismo rechazó. En efecto, en revisión en consulta externa del Dr. S, este detectó, el 15 de noviembre de 2013, en una radiografía de control, lisis del cuello femoral de la cadera izquierda, una de las complicaciones previstas en los consentimientos informados, que, según los estudios, se presenta con una frecuencia de hasta el 4%. La persistencia y aumento de la sintomatología dolorosa obligó posteriormente al recambio protésico, en principio rechazado, que se llevó a cabo el 29 de octubre de 2014.

5. No habiéndose vulnerado, por tanto, el derecho del paciente a una información adecuada, hemos de examinar, en segundo término, la actuación de los servicios públicos sanitarios a la luz del otro de los parámetros indicados en el Fundamento de Derecho anterior, esto es, el de si existe o no una infracción de la *lex artis ad hoc*, que es el criterio positivo de imputación de responsabilidad, por el daño producido, a la Administración sanitaria; vulneración de la *lex artis* que ha de vincularse, en relación de causa-efecto, con el daño cuya reparación se reclama, correspondiendo al reclamante la prueba, tanto de la concurrencia de una mala praxis, como de la relación de causalidad.

Pues bien, en el caso sometido a dictamen, el reclamante se limita, repetimos, a referencias genéricas sobre resultados insatisfactorios, omisión de la debida diligencia, inadecuada colocación de la prótesis o error durante la propia intervención; a parte del aserto, que hemos rechazado por absurdo, de que la actuación acorde a la *lex artis* no excluye la responsabilidad de la Administración.

Sin embargo, el reclamante no aporta prueba alguna de la concurrencia de una mala praxis, sin que tampoco la misma resulte de su historia clínica. Por el contrario, de dicha historia clínica, acertadamente consultada por el Inspector médico que emite el preceptivo informe, cabría deducir la concurrencia de un criterio negativo de imputación de responsabilidad: el que hemos denominado, en buen número de dictámenes (cfr. D.41/12, D.11/14, D.15/15 y D.47/15, entre otros muchos), *idiosincrasia* o estado previo del paciente, que es siempre una *concausa* a estimar, que puede incluso ser la única relevante y exonerar de responsabilidad a la Administración sanitaria.

En efecto, a los 20 años de edad, en febrero de 1994, el interesado es diagnosticado por el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Salamanca de cadera en resorte bilateral, practicándosele, el día 11 de dicho mes, una fasciotomía, a nivel trocantéreo en la extremidad inferior derecha. En mayo de 1998, es nuevamente intervenido, en el mismo hospital, de una cadera en resorte, por fibrosis glútea izquierda, practicándose una fasciotomía, zetaplastia de fascia y exéresis de fibrosis glútea.

El 16 de junio de 2003, el Dr. A.P, del Servicio de Traumatología del Hospital C.S, elabora un informe clínico del paciente, en el que manifiesta sus antecedentes de cadera en resorte bilateral y caderas displásicas, refiriendo que, en enero de 2002, manifiesta un cuadro de dolor en rodilla derecha que, tras el estudio oportuno, se diagnostica de condropatía rotuliana, aplicándole tratamiento médico y rehabilitador.

La ausencia total de prueba alguna de la existencia de mala praxis, junto a las patologías previas descritas, refuerzan el criterio de los distintos informes de los Facultativos intervinientes, así como los emitidos por la Inspección médica y por la Consultora médica P, que coinciden, todos ellos, en afirmar, categóricamente, que las actuaciones de los diversos Especialistas que trataron al paciente fueron correctas y acordes a la *lex artis*.

Citando tan sólo alguno de los argumentos de los referidos informes, destacamos el contenido del informe de la Inspección médica, concretamente en lo relativo al diagnóstico de caderas displásicas, recogido ya en el informe del Hospital C.S. del año 2003, por lo que se refiere a la evolución que dicha entidad nosológica puede conllevar: *“la displasia de cadera –dice– es una enfermedad que se suele presentar en niños con menos de dos años y que, en la edad adulta, puede tener consecuencias importantes, pudiendo llevar a una osteartrosis de cadera y, por tanto, a dolores e invalideces...en este caso, la evolución más probable fue hacia las coxastrosis, de las que es intervenido en los años 2007 y 2008, ya aquí en el Hospital San Pedro”*.

El ajuste a la *lex artis* puede predicarse, no sólo de las distintas intervenciones practicadas, sino también de los diagnósticos, medidas terapéuticas propuestas y seguimiento posterior que aquellos informes califican de periódico y minucioso, de forma que, en todo momento, la actuación médica y quirúrgica se ajustó a los protocolos de actuación reconocidos para este tipo de patología.

No existiendo, insistimos, prueba alguna en contrario, hemos de aceptar el criterio de los repetidos informes y dictámenes y concluir que no existe ninguna mala praxis que permita fundar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en el presente caso.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, por haberse ajustado su actuación, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero