

En Logroño, a 24 de junio de 2021, el Consejo Consultivo de La Rioja, constituido telemáticamente (al amparo del art. 17.1 de la Ley 40/2015), 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. Pedro María Prusén de Blas y D<sup>a</sup> Amelia Pascual Medrano, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**29/21**

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Portavocía del Gobierno, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. A.J N por los daños y perjuicios que entiende causados por las secuelas sufridas tras someterse a una cirugía de ligamento cruzado anterior de rodilla izquierda realizada mediante artroscopia; y que valora en 55.635,62 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

Mediante escrito de 27 de marzo de 2020, presentado en el Registro electrónico de información y atención al ciudadano el día inmediato siguiente, y con entrada en la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud el 31 de marzo de 2020, el expresado paciente plantea una reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial de la Administración pública, que se fundamenta resumidamente en los siguientes hechos:

*“A finales de noviembre del año 2018, el paciente acudió al Servicio de Urgencias de su localidad, Calahorra, tras una torsión accidental en la pierna izquierda. Se diagnosticó de un esguince, aparentemente sin mayor trascendencia, con indicación facultativa de reposo, aplicación de frío contra la inflamación y analgésicos.*

*Pasadas unas fechas, al persistir las molestias en la rodilla izquierda, acudió la consulta de su Médico de Atención Primaria el 14/12/2019, Dr. D. J.C.P.S., del Centro de Salud de Calahorra, quien interesó una RM. Posteriormente, ante una clínica compatible con lesión meniscal/ligamento cruzado fue derivado al Especialista en Traumatología del Hospital Fundación de Calahorra.*

*Con fecha 20/12/2018, le fue practicada una RM de rodilla izquierda, cuya conclusión fue de rotura de cuerno posterior de menisco interno, en margen lateral y posterior, y desgarró completo*

*del LCA. Con base en lo anterior (y especial énfasis en la rotura completa del ligamento cruzado anterior, LCA, y la meniscopatía de la rodilla izquierda), se indicó por la Especialista la necesidad de intervención quirúrgica, que fue practicada, bajo anestesia regional, por la Dra. T.V.M., el 27/3/2019, en el Hospital de Calahorra”.*

Tras exponer, detallada y prolijamente, las distintas atenciones e intervenciones prestadas por los Servicios sanitarios, a modo de recapitulación o resumen, manifiesta que los puntos que motivan su reclamación, sin perjuicio de aquellos otros que puedan derivarse de la instrucción del expediente, pueden concretarse en los siguientes:

*“1º) Un error de diagnóstico, al informarse una rotura, inexistente en la realidad, de menisco interno y desgarro completo del LCA;*

*2º) Falta por vicio esencial de un consentimiento informado, sustentado en el error del diagnóstico anterior;*

*3º) No colocación del drenaje en previsión de la hemorragia que consta informada como posible complicación;*

*4º) Falta de atención al sangrado/hemorragia ocurrido durante la hospitalización con alta hospitalaria dentro de las 24 horas siguientes a la cirugía;*

*5º) Mala práctica de la cirugía en la colocación del injerto/plastia”.*

El reclamante presenta estudios e informes médicos y justificantes de gastos diversos, solicitando una indemnización total que asciende a 55.635,62 euros.

## **Segundo**

Mediante Resolución de 1 de junio de 2020, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del mismo día y se nombra Instructor del procedimiento.

## **Tercero**

Por carta día 2 de junio, se comunica al interesado, la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los artículos 24.1. 2º y 91.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

Y, mediante comunicación de ese mismo día, el Instructor se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando, en relación con la asistencia sanitaria prestada al interesado en el Centro de Salud de Calahorra, que se le remita un informe sobre los antecedentes del caso y sobre aquellos extremos que se estimen de interés; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada

exclusivamente; e indicación de cualquier otro dato o circunstancia que se considere relevante para dar respuesta a la reclamación planteada.

Asimismo y en la misma fecha, se dirige al Director Gerente de la Fundación Hospital de Calahorra a fin de que remita la documentación e informe sobre los siguientes extremos:

*“Cuantos antecedentes consten acerca de la asistencia prestada (al paciente; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente; y, en particular, informe de los sanitarios intervinientes acerca de la asistencia prestada; y, de la Dra. M.T.V.M., respecto a los siguientes extremos: i) hora de la intervención quirúrgica practicada al reclamante el 21/3/18; ii) si, durante la intervención, se comprobó si el ligamento tenía o no tensión; iii) si la colocación de la plastia pudo o no resultar contraproducente o estar relacionada con el resultado de la cirugía; iv) si la falla de flexión de la rodilla izqda. del paciente puede o no guardar relación con la posición de los túneles en la tibia y el fémur y cómo se realizaron éstos; iv) por qué no se dispuso la colocación de drenaje y en qué consistió la extracción del injerto; y v) si fue informada del sangrado de la pierna y si tal circunstancia y el dolor del paciente fueron tenidos en cuenta en el alta de hospitalización”.*

Los informes y documentación interesados son remitidos e incorporados al expediente.

#### **Cuarto**

Por escrito de 10 de agosto de 2020, el Instructor se dirige a la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia, dándole traslado de copia del expediente a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore un informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

#### **Quinto**

Obra seguidamente en el expediente el informe médico-pericial de la Consultora médica *Promede* para la Aseguradora del SERIS, de 26 de noviembre de 2020, que establece las siguientes **conclusiones generales**:

*“1. (El paciente) fue correctamente estudiado en el Servicio Riojano de Salud por presentar fallos, chasquidos y bloqueos en su rodilla izquierda, tras accidente deportivo en noviembre de 2018.*

*2. La RM de fecha 19 de diciembre de 2018 mostró rotura de cuerno posterior del menisco interno y desgarró completo del LCA.*

*3. Se ofreció correctamente tratamiento quirúrgico y firmó el consentimiento informado para reconstrucción del LCA por artroscopia.*

4. Fue intervenido quirúrgicamente el 27 de marzo de 2019, realizándose ligamento-plastia del fascículo anterior del LC,A con técnica tigh-rope, sin dejar drenaje. Se apreció en la artroscopia que no había rotura del menisco interno y que sólo había rotura de uno de los dos fascículos del LCA. El procedimiento quirúrgico realizado fue el correcto para el diagnóstico.

5. La RM es la mejor prueba de imagen para diagnosticar lesiones meniscales y ligamentosas, pero el diagnóstico definitivo se realiza mediante exploración artroscópica. La posibilidad de falsos positivos de la RM es ampliamente conocida y no atribuible a una inadecuada asistencia.

6. La evolución post-operatoria fue favorable, con radiografía de control correcta, buen control del dolor y adecuada movilidad. Ante sangrado, a primera hora de la mañana del 28 de marzo de 2019, se reforzó el vendaje y, luego, se realizó cura, objetivándose buen aspecto de las heridas y ausencia de sangrado activo. Fue dado de alta ese día. No detectamos una inadecuada valoración post-operatoria ni un alta precipitada.

7. El 1 de abril de 2019- reingresó por dolor e impotencia funcional en la rodilla, equimosis en cara posterior de muslo y cara interna de pierna, edema en dorso de pie y dolor a la compresión de cara posterior de pantorrilla. Fue correctamente estudiado, descartándose NP mediante eco-doppler y realizándose arthrocentesis en la que se obtuvo hemartros. Precisó transfusión por anemia debido al hematoma.

8. Durante el ingreso. fue valorado por RHB, pautándole ejercicios y fue asistido por los Fisioterapeutas. La evolución fue favorable y fue dado de alta el 7 de abril de 2019 para continuar seguimiento en consultas.

9. La complicación diagnosticada, hemartros y hematomas de zonas adyacentes: figura en el consentimiento informado que firmó antes de la intervención (punto i).

10. No puede atribuirse al hecho de no haber colocado un drenaje en la cirugía, como afirman en la demanda. La evidencia científica no recomienda la utilización de drenajes en reconstrucción artroscópica del LCA, al no haberse demostrado beneficios en su uso.

11. Realizó ejercicios desde el postoperatorio inmediato y fisioterapia en el gimnasio, de abril de 2019 hasta el 21 de enero de 2020 (58 sesiones), además de 8 sesiones en Centro privado (IJFA). Consiguió balance articular con extensión completa, flexión a falta de últimos grados y fuerza muscular "equivalentes en ambas piernas", según indicó el paciente.

12. Persistió cierta inestabilidad residual en la rodilla intervenida. En la UCA de Vitoria, le propusieron cirugía de revisión de la plastia, tras observar, en RM de control, que la plastia estaba Íntegra, pero con túnel femoral anterior y distal. La Dra V., en cambio, indicó, en su informe, que la colocación de los túneles es uno de los factores que influye en el resultado de la cirugía, y, en este caso, fue adecuada, según el criterio de los Cirujanos".

Como **conclusión final**, el informe establece lo siguiente:

*"La asistencia prestada al paciente por parte del Servicio Riojano de Salud, en relación a la cirugía de LCA de rodilla izquierda realizada el 27 de marzo de 2019, fue acorde a la lex artis".*

## Sexto

El Informe de la Inspección médica, de 28 de enero de 2021, establece las siguientes conclusiones:

*“1. El paciente fue objeto de atención médica adecuada desde el inicio de su proceso patológico pues, si bien afirma que ‘se me diagnosticó de un esguince, aparentemente sin mayor trascendencia’: i) o fue diagnosticado correctamente de esguince de rodilla, ya que, de acuerdo con las conclusiones de la RMN que se le realizó del día 19-12-2018, presentaba ‘esguince grado I de ligamento colateral interno y de ligamento colateral peroneo’; ii) o, por otra parte, de acuerdo con la literatura científica, al producirse las lesiones del LCA de la rodilla, fruto de un traumatismo indirecto en un 70% de los casos, frecuentemente no son diagnosticadas de forma inicial; iii) o asimismo, el resultado de la exploración física que se realizó al paciente el día 01-12-2018, en el Punto de Atención Continuada (PAC) del Centro de Salud de Calahorra, no aportó datos que hicieran sospechar de lesión de LCA.*

*2. En cuanto a la afirmación del paciente, en el sentido de una completa contradicción entre los resultados aportados por la RMN que se le realizó el 19-12-2018 y los hallazgos intra-operatorios: i) de acuerdo con la literatura científica, la RMN de rodilla no aporta una validez (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo) del 100%, siendo, por tanto, el diagnóstico de certeza y la decisión terapéutica dependientes de los hallazgos intra-quirúrgicos; ii) de acuerdo con el protocolo quirúrgico, en la observación intra-operatoria, el paciente presentaba un menisco íntegro, aunque de menor tamaño que el esperado, constituyendo dicho hallazgo una variante anatómica, lo cual es concordante con lo reconocido por la literatura, en cuanto que los falsos positivos obtenidos en la RMN respecto a lesión en menisco interno son debidos a las variaciones anatómicas en éste. Por lo tanto, la diferencia entre el hallazgo intra-operatorio y el diagnóstico de la RMN, puede relacionarse con la variante anatómica del menisco interno del paciente.*

*3. Del estudio de la historia clínica del paciente y atendiendo al consenso científico en materia de cirugía de LCA: i) la indicación quirúrgica fue correcta, ya que se trataba de un paciente joven, que hacía deporte y que presentaba inestabilidad de rodilla; ii) aunque, intra-operatoriamente, se comprobara rotura parcial de LCPL, la cirugía, como opción terapéutica, y la técnica empleada, están indicadas; ya que, en caso de rotura parcial de LCA, debe considerarse la cirugía, si se entiende que la actividad futura agravará la lesión y producirá daño en otras estructuras, como es presumible en un paciente joven y activo. La técnica quirúrgica empleada por la Dra V. fue ajustada a la lex artis; y iii) de acuerdo con el protocolo quirúrgico, los túneles se colocaron de acuerdo a los criterios reconocidos por la literatura científica.*

*4. En relación con la colocación de drenaje post-quirúrgico en el contexto de la cirugía de ICA, no existe consenso entre los Cirujanos a la hora de aplicar dicha técnica, ya que la mayoría de los estudios clínicos que evalúan la eficacia de los drenajes en cirugía artroscópica del LCA no han logrado demostrar beneficios post-operatorios significativos a mediano y largo plazo.*

*5. Por lo que respecta a la afirmación de la ‘absoluta falta de control de la hemorragia postoperatoria, en las diez horas siguientes a la intervención’: i) queda patente, en las notas clínicas correspondientes al ingreso del paciente, que el sangrado fue detectado, abordado y tratado en tiempo y forma. En dichas notas clínicas, no se menciona la existencia de sangrado grave, que hubiera hecho preciso adaptar medidas diferentes a las adoptadas por el personal médico y de enfermería a cargo del paciente; ii) el día 28-3-2019, previo al alta hospitalaria del paciente, según*

consta en la historia clínica, se retiró el vendaje compresivo y se realizó cura de la herida quirúrgica, presentando ésta buen aspecto, sin signos de infección. Por tanto, al alta, no presentaba signos de sangrado agudo, ni presencia de hematomas sugestivos de problema hemorrágico alejado de la normalidad post-operatoria. Se le dejó malla compresiva para uso domiciliario (prevención y control de presentación de posible hemorragia).

6. La existencia de hematoma extenso fue detectada cuatro días después del alta hospitalaria del paciente y, en el momento en que fue detectado por Enfermería de Atención Primaria el día 01-4-2019, al paciente se le prestó la asistencia sanitaria correcta y adecuada a su situación clínica: derivación a ámbito hospitalario, exploración mediante ECO-Doppler; analítica, incluyendo hemocultivo, dada la existencia de cuadro febril (finalmente, atribuido, de acuerdo con los resultados analíticos, a fenómenos de reabsorción del hematoma), cura de herida, medidas terapéuticas ad hoc e inter-consulta al Servicio de Hematología- por anemia secundaria al sangrado; desde dicho Servicio- se mantuvo seguimiento posterior del paciente.

7. El tratamiento y seguimiento posterior- por parte de los Servicios de Traumatología y Rehabilitación del Hospital Fundación de Calahorra- fueron adecuados- en cuanto a frecuencia contenido y recomendaciones terapéuticas; adoptando, incluso, los criterios de técnicas terapéuticas sugeridos por los Servicios sanitarios privados que el paciente consultó.

8. No es posible alegar demora en el inicio del tratamiento rehabilitador, teniendo en cuenta que el paciente: i) fue intervenido, el día 26-3-2019; ii) fue hospitalizado, por hematoma postquirúrgico, 1 a 7 de abril de 2019 y, durante el ingreso, fue valorado por el Médico Rehabilitador (que indicó isométricos de cuádriceps isquio-tibiales, activos pie, auto-pasivos y activo-asistidos de rodilla y cadera, marcha con dos muletas y crioterapia final; la técnica de dichos ejercicios fue enseñada al paciente por el Fisioterapeuta, durante dicho ingreso); iii) fue visitado en consultas externas de Traumatología el 12-04-2019; iv) fue visitado en consultas externas de Rehabilitación el 15-04-2019, indicando tratamiento urgente; v) inició tratamiento fisioterápico en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Fundación de Calahorra el día 23-04-2019; y se le trató, hasta su alta, por parte de dicho Servicio, el día 27-01-2020.

9. La solicitud de asistencia a los Servicios sanitarios privados en los que fue atendido el paciente, se realizó de forma libre y voluntaria, no pudiendo alegarse tampoco urgencia vital; ya que, como se ha expuesto, en ningún momento existió dejación de responsabilidades, inasistencia, retrasos injustificados en la atención o asistencia sanitaria deficiente y/o incorrecta por parte del Servicio Público de Salud. Además de lo expuesto, de acuerdo con la factura del Hospital V.V., aportada al expediente, el paciente acudió a primera consulta en dicho Centro el día 30-05-2019, cuando habían transcurrido dos meses de ser intervenido en el HFC y un mes después de haber iniciado tratamiento fisioterápico a cargo del Servicio de Rehabilitación del citado Hospital; presentando en ese momento, como se recoge en la historia clínica, mejoría en su estado clínico y evolución favorable.

10. En cuanto a las secuelas que alega el paciente: de acuerdo con el informe de la Unidad de Fisioterapia Avanzada del Hospital V.S.J.V., al final del tratamiento presentaba un rango de flexión de 125°; admitiéndose por la literatura científica el rango de flexión normal de la rodilla se establece entre 120° y 150°, por tanto, el rango de flexión alcanzado por el paciente, atendiendo a dicho informe, se encuentra en rango de normalidad.

(11). Por lo que respecta a la inestabilidad de la rodilla: i) en la Unidad de Fisioterapia Avanzada del Hospital V.S.J., se midió utilizando el artrómetro GNRB, que mide el desplazamiento anteroposterior de la rodilla en milimétricos, con aplicación de 2 parámetros de fuerza de traslación anterior, medida en Newton y comparando la rodilla intervenida y la sana; ii) en el caso del paciente,

*se ofrece, en el informe el diferencial entre ambas rodillas, para fuerza de tracción de 200 Newton, resultando ser dicho diferencial de 3 mm; según la literatura, para mediciones con GNRB, el umbral mínimo para considerar laxitud patológica se establece en 3 mm: el paciente presentaba, por tanto, el mínimo de laxitud patológica aceptado para este sistema de medición; iii) por otra parte, es preciso considerar que, en cuanto a resultados de la terapéutica sobre LCA, estudios recientes han demostrado que no siempre se recupera la estabilidad rotacional con la ligamento-plastia del LCA, soliendo aceptarse la ya expuesta «regla de los tercios»; iv) el paciente se incorporó a su actividad profesional tres meses y cinco días tras la cirugía, ya que, el día 04-07-2019, fue dado de alta laboral por su Médico de Atención Primaria. Hasta la fecha, no constan nuevas bajas laborales por el mismo motivo.*

*(12.) El paciente fue informado de acuerdo con los principios recogidos en la Ley de Autonomía del paciente y en base a la información clínica y a la procedente de las pruebas de imagen que la médica responsable de ofertar dicha información disponía; pruebas de imagen (RMN) que, como ya se ha expuesto, no aportan una validez (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo) del 100 %. Por otra parte, no puede demostrarse que, al otorgar su consentimiento, concurriera ninguno de los vicios de consentimiento contemplados en el vigente Código civil; luego el consentimiento prestado por el paciente no puede considerarse viciado, puesto que la información que se le ofreció fue la mejor que podía aportarse en base a los conocimientos científico-técnicos disponibles y no puede demostrarse que concurriera ninguno de los vicios de consentimiento contemplados en la legislación vigente”.*

### **Séptimo**

Mediante escrito de 2 de febrero de 2021, dirigido al interesado, el Instructor le da trámite de audiencia. El interesado solicita el envío de determinada documentación, pero no formula alegaciones.

### **Octavo**

Con fecha 3 de marzo de 2021, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el daño reclamado al funcionamiento de esta Administración.

### **Noveno**

La Secretaria General Técnica, el día 3 de marzo, remite, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 19 de mayo de 2021.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito fechado el 19 de mayo de 2021, registrado de entrada en este Consejo el día inmediato siguiente, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remite 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, mediante escrito, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 24 de mayo de 2021, 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 señalada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad y ámbito del dictamen del Consejo Consultivo**

1. En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 55.635,62 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en 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, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley riojana 7/2011; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo 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 LPAC'15, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector Público (LSP'16), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

## **Segundo**

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

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65, 67, 81, 91.2 LPAC'15) 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 (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

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 o no de responsabilidad patrimonial en el presente caso**

En el presente caso, en principio, según el escrito de reclamación, concurren ambos criterios de imputación pues, junto a la mala praxis que después analizaremos, existe un vicio esencial del consentimiento, toda vez que se presta sobre un diagnóstico erróneo, el de rotura de menisco interno y desgarró completo del LCA, inexistente en realidad.

En efecto, un diagnóstico erróneo puede generar responsabilidad si se aprecia un incumplimiento de la *lex artis*, ya que “un defectuoso diagnóstico o error médico no es por sí mismo causa de responsabilidad si se acredita que se emplearon los medios ordinarios y se actuó con la debida diligencia para cerciorarse del diagnóstico”, como declara la STS de 15 de febrero de 2006 (RJ 2006, 692).

Pero, ligado a ello, puede plantearse también (como hace la presente reclamación) el efecto que dicho diagnóstico erróneo (falso positivo) tiene sobre el consentimiento informado emitido. Se trata de una cuestión discutida doctrinalmente, pero cuya solución, a efectos de responsabilidad, requiere, de nuevo, acudir, en cada caso concreto, al criterio de la *lex artis*.

Así, siendo cierto que la resonancia magnética (RM) realizada al interesado el 19 de diciembre de 2018 indujo a un diagnóstico erróneo (falso positivo), entendemos que el consentimiento informado no queda viciado, al ser correcto el procedimiento quirúrgico

realizado, ante el diagnóstico de certeza apreciado en la ejecución de la artroscopia. Es decir, la responsabilidad de la Administración sanitaria podrá derivar del error del diagnóstico, si el mismo constituye, como decíamos, una infracción de la *lex artis*, tema que estudiaremos seguidamente, pero no por haber privado al paciente de su derecho a una información detallada y completa.

En cuanto al posible funcionamiento anormal de los servicios sanitarios, lo aprecia el reclamante en las siguientes actuaciones: un error de diagnóstico al informarse una rotura de menisco interno y desgarro completo del LCA, inexistente en realidad; no colocación de drenaje en previsión de una hemorragia que figura como posible complicación en el documento de consentimiento informado; falta de atención al sangrado/hemorragia ocurrido durante la hospitalización; y, mala práctica de la cirugía en la colocación del injerto/plastia.

De las actuaciones que, en opinión del interesado, implican infracción de una correcta praxis quirúrgico-asistencial, analizamos con relativo detenimiento la primera por cuanto, en efecto, como ya hemos anticipado, la RM realizada al paciente el 19 de diciembre de 2018 informó de rotura del cuerno posterior del menisco interno y desgarro completo del LCA. Sin embargo, al practicársele la cirugía ofertada, consistente en reconstrucción del LCA por artroscopia, y para la que firmó el preceptivo documento de consentimiento informado, pudo comprobarse que no había rotura del menisco interno y que la rotura del LCA afectaba sólo a uno de sus fascículos.

Sin embargo, como destaca el informe pericial de la Consultora médica *Promede*, de acuerdo con abundante bibliografía, la RM es la mejor prueba de imagen para las lesiones meniscales, con una exactitud para el diagnóstico del 90 %; pero la única forma de realizar un diagnóstico de certeza (100 %) de una rotura meniscal es mediante artroscopia, que ya es una cirugía, por lo que, lógicamente, se intenta previamente una prueba no agresiva como es la RM. En relación a la posibilidad de que existan falsos positivos en las roturas meniscales diagnosticadas por RM, es un hecho innegable, como se deduce de las abundantes publicaciones sobre el tema. La fiabilidad diagnóstica de la RM, en líneas generales, es alta, pero existen falsos positivos, como sucedió en el caso que nos ocupa.

Por ello, dicho informe entiende que no puede considerarse error de diagnóstico; el diagnóstico definitivo se realiza siempre en la exploración artroscópica inicial. Y así ocurrió en el caso que es objeto del presente dictamen, puesto que, iniciada la intervención por artroscopia para reconstrucción del LCA, pudo comprobarse la lesión realmente padecida, que la rotura del LCA afectaba sólo a uno de sus fascículos y se procedió correctamente a realizar la reconstrucción del fascículo roto, preservando el fascículo íntegro. Tanto la indicación como la técnica quirúrgica empleadas fueron, pues, ajustadas a la *lex artis*.

Totalmente coincidente es el informe de la Inspección médica, que apoya también el emitido por la Cirujano interviniente, Dra. V.

Y, por lo que se refiere a las restantes supuestas vulneraciones de la *lex artis*, alegadas por el reclamante (tales como la no colocación de drenaje tras la intervención quirúrgica en previsión de la hemorragia, complicación prevista en el documento de consentimiento informado, la falta de atención al sangrado/hemorragia ocurrido durante la hospitalización, la inadecuada valoración postoperatoria y alta precipitada, la mala práctica de la cirugía en la colocación del injerto/plastia o la demora en el inicio del tratamiento rehabilitador), están desvirtuadas en los ya citados informes, con fundada argumentación. En especial, el informe de la Inspección médica las rebate, una por una, en forma convincente, por lo que, a tales informes, nos remitimos.

Y, necesariamente, ha de ser así ante la falta de prueba alguna que avale las tesis del interesado. Los únicos informes que éste presenta son los de la Unidad de Cirugía Artroscópica del Hospital *S.J.V.*, que se limitan a describir los antecedentes y pautar fisioterapia, así como a informar de ésta pero, en ningún caso, aluden, directa ni indirectamente, a una mala praxis de los servicios médico-quirúrgicos del Servicio Riojano de Salud. Fisioterapia que, por cierto, ya había sido prescrita y realizada (hasta 58 sesiones) en los servicios públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

En definitiva, se trata de meras manifestaciones del interesado sin apoyo en prueba alguna, por lo que, ante la falta de actividad probatoria que contradiga los citados informes de la cirujano interviniente, de *Promede* o de la Inspección médica, no existe, ni siquiera indiciariamente, elemento probatorio alguno que acredite la concurrencia de una mala praxis que permitiera imputar a la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja la responsabilidad por los daños cuyo resarcimiento se solicita.

Frente al juicio técnico contenido en los referidos informes, y a pesar de que pudieran cuestionarse por tratarse de informes de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones del reclamante que, siendo también de parte, están realizadas por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico

## CONCLUSION

### Única

Procede desestimar la reclamación planteada, pues no se ha acreditado la concurrencia de criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria, al haberse ajustado la actuación de sus profesionales 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