



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 4 8 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 7 de octubre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 316/2019 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS). La solicitud de dictamen, de 5 de agosto de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 4 de septiembre de 2019.

Ha de decirse que, si bien el interesado no cuantificó la indemnización que solicita, ni en la reclamación que presenta ni a lo largo de la tramitación del procedimiento, sin embargo, la Administración ha solicitado el presente dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (v.g. Dictamen 6/2019). Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó en el centro concertado Hospital (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste el presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, es de aplicación el art. 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 59/2014 y 406/2016 y 287/2017): «(...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCAP».

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en relación con la

Resolución de 23 de diciembre de 2014 por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP. Y es que este aspecto ha sido objeto de cuestión incidental a lo largo del presente procedimiento, concluyéndose, adecuadamente no haber prescrito la acción para reclamar.

Así, ciertamente, con fecha 20 de junio de 2018 se emite al respecto informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que concluye que la acción había prescrito por conocerse por el reclamante el alcance del daño con fecha 21 de marzo de 2016, al señalar que el alcance de las lesiones menioscales, del ligamento cruzado anterior y la afectación condral es conocida con carácter previo a la cirugía de 21 de marzo de 2016, dada la RM realizada en año 2014, con la clínica de gonalgia derecha crónica e inestabilidad.

Sin embargo, el interesado presenta escrito de alegaciones el 7 de diciembre de 2017, a la que adjunta determinada documentación, todo lo que se remite al SIP el 13 de diciembre de 2017 para la emisión de informe complementario, a la vista de la RM realizada el 8 de noviembre de 2017: «Tornillo tibial que obstruye % partes de las espiras en la cortical anterior de la tibia».

Dado el informe complementario emitido por el SIP el 21 de enero de 2019, procede entrar en el fondo del asunto, por ausencia de prescripción.

III

1. El interesado, en su escrito de reclamación, lo que complementa en su escrito de mejora, expone como hechos en los que funda la presente reclamación los siguientes:

- Que a consecuencia de un accidente deportivo, acude al SCS en el año 2005. El 24 de mayo de 2006, se le realiza artroscopia en la Clínica (...). Alta el 25 de mayo de 2006.

- Con el tiempo sigue teniendo problemas de rodilla, la lesión anterior le provoca ligeros bloqueos e inestabilidad. No obstante, puede realizar su actividad diaria con normalidad, incluyendo actividades deportivas.

- En el año 2013, por los bloqueos señalados, acude a su médico de cabecera, quien le deriva al Centro de Especialidades J.A. Rumeu (Tomé Cano). Desde allí lo derivan al Servicio de Traumatología del SCS, para valorar y tratar sus dolencias.

- Le confirman la lesión que padece, rotura de ligamento cruzado anterior. Se recomienda y pauta intervención quirúrgica. El 21 de marzo de 2016 se realiza la intervención, previo consentimiento informado.

- En la intervención, además de la ligamentoplastia se realiza menisectomía parcial. Ésta no estaba diagnosticada ni pautada, ni prestó consentimiento sobre la misma (...). De la misma se enteró posteriormente, en la rehabilitación.

Solicita por ello una indemnización que no cuantifica, pendiente de ser determinada por informe pericial que no aporta a lo largo del procedimiento.

IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obstan la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 9 de octubre de 2017 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que éste recibe notificación el 10 de octubre de 2017, aportando lo solicitado el 2 de noviembre de 2017.

- Por Resolución de 7 de noviembre de 2017, del Director del Servicio Canario de la Salud se acuerda la realización de actuaciones previas a fin de analizar la posible prescripción de la reclamación, para lo cual se solicita historia clínica e informe del SIP sobre la fecha de conocimiento del alcance del daño o fecha de fijación de las secuelas, lo que se notifica al interesado el 14 de noviembre de 2017.

- Tal informe se emite el 20 de junio de 2018, señalándose en el mismo:

«- La fecha de la segunda cirugía de rodilla tuvo lugar el 21 de marzo de 2016. Las molestias reclamadas existen antes de la cirugía, son consecuencia de la rotura de ligamento cruzado anterior y de la patología condral, más la posible afectación meniscal. Dichos daños se conocen desde el año 2014 por RMN, pero la clínica de dolor, inestabilidad, bloqueo, etc. existía desde mucho antes.

- La rotura ligamentosa surge desde el año 2005, cirugía en el año 2006 y repite clínica con posterioridad a dicha cirugía, por lo que implica proceso degenerativo de larga evolución en la rodilla.

- La artroscopia es una intervención que asume tanto el diagnóstico como el tratamiento de la lesión. Intenta corregir la rotura de ligamento cruzado anterior, que repercute en la anatomía y funcionalidad de la rodilla. También se corrige la meniscopatía en dicha intervención. Se encuentra un problema meniscal más grave que el esperado y se actúa en el acto. Lo que no puede eliminarse con esta cirugía son las lesiones condrales, esta patología sigue su curso y ya es conocida por el paciente desde el año 2014 en la RM y se explica en consulta de Traumatología de 18 de noviembre de 2015.

- Lo que se llevó a cabo fue un tratamiento paliativo, no curativo. Su objetivo era mejorar la función de la rodilla, dotar a la articulación de una mayor estabilidad y retrasar la progresión de las lesiones, tal y como queda expresado en el documento de consentimiento informado. Dentro de las consecuencias seguras consta: Dolor en la zona de la rodilla, que pueden prolongarse semanas o meses, o incluso hacerse continuas.

- El alcance de las lesiones meniscales, del ligamento cruzado anterior y la afectación condral es conocida con carácter previo a la cirugía de 21 de marzo de 2016, dada la RM realizada en año 2014, con la clínica de gonalgia derecha crónica e inestabilidad».

- No obstante, el reclamante, había presentado escrito de alegaciones el 7 de diciembre de 2017, que, junto con la documentación aportada es remitida al SIP el 25 de septiembre de 2018, para la emisión de informe complementario, lo que se reitera el 13 de octubre de 2018 y el 22 de noviembre de 2018, emitiéndose el mismo el 21 de enero de 2019, entrando esta vez en el fondo del asunto por no haber prescrito la acción.

- Mediante Resolución de 6 de febrero de 2019, del Director del SCS se admite a trámite la reclamación formulada, lo que se notifica al interesado y al Hospital (...) como posible responsable de los hechos objeto de reclamación el 11 de febrero de 2019, confiriéndoseles plazo para la proposición de los medios probatorios que estimen oportunos.

- A tal efecto, por medio de representación acreditada, el 22 de febrero de 2019 se presenta escrito por Hospital (...) proponiendo medios probatorios.

- El 1 de marzo de 2019, se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las solicitadas por el interesado y por (...), abriendo periodo probatorio a fin de que aquél se aporte el informe pericial propuesto. De ello recibe notificación (...) el 8 de marzo de 2019 y el reclamante el 13 de marzo de 2019, sin que se haya aportado nueva documentación, concluyendo fase probatoria.

- El 31 de mayo de 2019 se confiere al interesado y al Hospital (...) el preceptivo trámite de vista y audiencia, de lo que ambos reciben notificación el 5 de junio de 2019.

A tales efectos, el 6 de junio de 2019, comparece el interesado en las dependencias del Servicio de Normativa y Estudios y retira copia del expediente, si bien no se aporta escrito de alegaciones.

Por su parte, el 20 de junio de 2019, comparece representante de (...), en las dependencias del Servicio de Normativa y Estudios de Santa Cruz de Tenerife y retira copia del expediente, presentando escrito de alegaciones por medio de correo ordinario el 19 de junio de 2019 (RE en el SCS el 24 de junio de 2019).

- El 16 de julio de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, lo que, incorrectamente, no fue informado por el Servicio jurídico, dado que se argumenta:

«Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 191/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, los Servicios Jurídicos únicamente informarán sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente.

Visto lo anterior, y centrándose este caso en las consecuencias de una intervención quirúrgica, reconocidas en el documento de consentimiento informado, esta cuestión ha sido tratada en diversos informes de la Asesoría Jurídica Departamental, entre otro, el Informe AJS 189/17-C (ERP 103/15) que considera conforme a Derecho el borrador de Resolución

desestimatoria, dado que los riesgos materializados tras la intervención fueron previamente asumidos con la firma del documento del Consentimiento Informado (“es necesario – para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial- que como consecuencia de la actuación médica se produzca un daño que el particular no tenga la obligación de soportar por tratarse de un daño antijurídico, cuestión que igualmente se descarta teniendo en cuenta que es uno de los riesgos contemplados en el documento de consentimiento informado”). En el mismo sentido se pronuncian los siguientes informes: (AJS 120/17 - ERP 43/15; AJS 239/17-C-ERP 137/15; AJS 27/17-C–ERP 14/14), por lo que no es preciso la petición de nuevo informe al respecto».

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la pretensión del reclamante fundada en la realización, dentro del ámbito de ligamentoplastia debidamente consentida en el documento de consentimiento informado (DCI), de otra intervención, menisectomía parcial, que ni estaba diagnosticada, ni pautada, y respecto de la que, según su parecer, no se prestó el consentimiento. Se argumenta por el reclamante que de tal intervención, presuntamente no consentida, se enteró tiempo después, en rehabilitación. Después de efectuada la rehabilitación comenzó a tener problemas que no tenía antes, «todo ello derivado de la intervención de la que fui sujeto. (...) Tengo lesiones condrales producidas como resultado de la intervención, causándome dolor, casi todos los días, independientemente de si camino o no, dolor si permanezco mucho tiempo de pie, imposibilidad de correr, etc».

Tal desestimación se fundamenta en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial el complementario del SIP.

2. Pues bien, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, a cuyo efecto es preciso señalar los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica del reclamante, tal y como se recoge en los informes del SIP. Así, constan los siguientes:

- Artroscopia en 2006.

- El 16 de diciembre de 2013: Episodios de bloqueo e inestabilidad. Rotura de ligamento cruzado anterior (LCA).

- El 5 de septiembre de 2014 acude a su médico de cabecera por accidente deportivo sufrido en 2005. Inestabilidad de rodilla derecha y gonalgia. Es derivado al Servicio de Traumatología.

- El 14 de abril de 2015 es valorado por el Servicio de Traumatología de (...). Se propone ligamentoplastia.

- El 18 de noviembre de 2015. Resultados de RM: Rotura de cuerno posterior del menisco interno, condropatía rotuliana, no se objetiva rotura franca del ligamento cruzado anterior. Refiere múltiples episodios de bloqueo e inestabilidad de rodilla. Diagnóstico de sospecha: Rotura de cuerno anterior del menisco interno y dudas de rotura de ligamento cruzado anterior. El traumatólogo le informa de las opciones terapéuticas y el paciente decide operarse de la ligamentoplastia, mediante artroscopia. Se incluye en lista de espera.

- El 21 de marzo de 2016, artroscopia de rodilla derecha, previa firma del documento de consentimiento informado. Se realiza meniscectomía parcial de ambos meniscos y ligamentoplastia.

- A partir del 7 de abril de 2016, se solicita rehabilitación.

- El 8 de junio de 2016, el Servicio de Rehabilitación de (...) valora al paciente y anota: «Lleva 34 sesiones, balance articular libre, balance muscular 5/5, estable». Es alta.

- El 18 de octubre de 2016, en valoración del Servicio de traumatología consta: «Le están molestando las lesiones condrales».

- El 9 de diciembre de 2016, en valoración de Atención Primaria consta: «no edema, no dolor a la palpación, no inflamación, no roce patelar, flexo extensor conservada pero dolorosa. Derivación a Traumatología».

- En marzo de 2017, en valoración traumatólogica se solicita RM, se remite a la Unidad de Rodilla y se incluye en lista de espera para artroscopia de rodilla más ligamentoplastia.

- En julio de 2017, se anota como resultado de la RM:

-Plastia de LCA sin signos de rotura o pinzamiento.

-Menisco sin signos de rotura o desinserción.

-Escaso líquido articular.

- Ligamentos laterales y aparato tendinoso extensos sin signos de patología.

- Condromalacia condílea II-III de predominio superficie de carga del cóndilo femoral interno.

Se explica al paciente las posibilidades terapéuticas y se indican ejercicios isométricos.

- El 8 de noviembre de 2017 acude al Servicio de Traumatología por dolor en la inserción del tornillo del túnel tibial. Diagnóstico de sospecha: Gonalgia derecha por plastia de LCA, protusión de tornillo tibial. Plan diagnóstico/terapéutico: EMO (extracción) de tornillo interferencial posible PRP (inyección intrarticular de plaquetas) tras EMO.

- El 23 de noviembre de 2017, se solicita al Hospital (...) cirugía de rodilla, que se autoriza el 1 de diciembre de 2017.

- Ingreso en (...) el 8 de marzo de 2018 para EMO tibial proximal. Sin complicaciones. Alta el 9 de marzo de 2018.

- Se realiza nueva RM el 20 de mayo de 2018, solicitada por el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC): «Túnel tibial (...) adecuada orientación peor se aprecia (...) no presente en estudio previo, 2017, lo que sugiere lisis del túnel tibial como complicación, valorar clínicamente. Plastia de LCA conservada (...) señal normal».

- El 29 de agosto de 2018, el Servicio de Traumatología del HUNSC, anota en la historia clínica: «Lisis de túnel tibial, RMN confirma lisis. Se indica curetaje más injerto óseo, pendiente de reintervenir, en lista de espera».

3. A la vista de tales antecedentes, y dados los términos de la reclamación del interesado es preciso distinguir varias cuestiones: por un lado, la indicación de las actuaciones realizadas durante el abordaje de la intervención y la información facilitada a la paciente al respecto, en relación con el DCI firmado por éste para la ligamentoplastia realizada el 21 de marzo de 2016, y, por otro, la relación existente entre el daño por el que se reclama y las intervenciones realizadas.

1) Por un lado, en cuanto a la indicación de la intervención realizada el 21 de marzo de 2016, para la que el interesado suscribió DCI y las actuaciones practicadas durante el abordaje de la misma, así como en cuanto a la información facilitada al paciente al respecto, señala el informe del SIP, lo que acoge la Propuesta de Resolución, lo siguiente:

La cirugía de rodilla derecha realizada el 21 de marzo de 2016, realizada con artroscopia, se debió a la clínica recurrente del paciente relacionada con posible rotura ligamentosa. Es una cirugía, de tipo diagnóstico y terapéutico, pues la misma, por un lado, es necesaria para verificar la sospecha diagnóstica previa y, por otro, para, a la vista de los hallazgos, aplicar el tratamiento adecuado.

Efectivamente, tras la artroscopia se visualiza rotura completa de LCA, lo que se sospechaba dada la clínica del paciente, para cuya resolución se le coloca injerto en el lugar anatómico del LCA y éste se ancla con tornillos a la tibia y al fémur.

Ahora bien, también en tal momento quirúrgico se visualizan lesiones en ambos meniscos y lesiones degenerativas, enclavadas en la propia evolución del problema de rodilla desde su inicio, en 2005 (recuérdese que el reclamante, el 6 de diciembre de 2005, sufre lesión de rodilla en un partido de baloncesto y en RM de 29 de diciembre de 2005 consta: «Lesión de LCA. Posible lesión de menisco interno» [Folio n.º 3, informe de Traumatología, Clínica (...)]).

Tales hallazgos, las lesiones meniscales, efectivamente, se tratan en la misma cirugía de 21 de marzo de 2016, pero es que, como ya se ha indicado, la cirugía artroscópica a la que se sometió y consintió el paciente es diagnóstica y a la vez terapéutica.

A tal efecto consta en la historia clínica como anotación realizada por el Traumatólogo que éste informó al paciente de las opciones terapéuticas, que, finalmente decide operarse (folio n.º 79, informe de alta de (...)). Ello, a la vista, no se olvide, de todas sus lesiones conocidas a priori: RM de 29 de diciembre de 2005 consta: «Lesión de LCA. Posible lesión de menisco interno» [Folio n.º 3, informe de Traumatología, Clínica (...)].

Dada la naturaleza de la cirugía, si se halla una patología en la artroscopia se debe solucionar, sobre todo cuando la patología es meniscal y dada la íntima relación entre la patología meniscal y la rotura de ligamento, siendo aquélla consecuencia muy probable de la rotura del ligamento, por patología secundaria. Según informa el Traumatólogo de (...) (folio n.º 422): «En dicha cirugía (artroscopia) se remodelaron ambos meniscos y se repararon las lesiones (la no reparación de los meniscos llevaría al fracaso de la intervención) y se realizó una ligamentoplastia del LCA, utilizando para ello los tendones de los isquiotibiales y fijándolos a túneles óseos con un anclaje

de titanio en fémur y un tornillo biodegradable en el túnel tibial. Las lesiones condrales del fémur no se reparan, ya que ello conllevaría otro tipo de cirugía».

Como se explica en el informe del Jefe del Servicio de Traumatología del HUNSC, de 11 de diciembre de 2017 (folio n.º 247), el historial natural de un paciente con rotura de LCA, conlleva la rotura meniscal y la aparición de artrosis degenerativa, lo que coincide con lo informado por el traumatólogo de (...), al señalar: «Una lesión crónica de LCA produce lesiones concomitantes en la rodilla en meniscos y erosiones en el cartílago. En este caso, rotura en ambos meniscos y erosiones en el cartílago del fémur». La rotura del LCA aislada o combinada con lesiones meniscales u otras, producen cambios radiográficos degenerativos entre el 60 y 90% de los pacientes, de 10 a 15 años después de la lesión.

De hecho, consta en el DCI, en su apartado: procedimiento: «Muy frecuentemente la rotura del ligamento cruzado anterior se acompaña de otras lesiones de la rodilla: de los meniscos, del cartílago o de los ligamentos». A lo que añade, por ende, que «El objetivo del procedimiento es el de mejorar la función de la rodilla, dotar a la articulación de una mayor estabilidad y retrasar la progresión de las lesiones».

Pues bien, hasta aquí ha quedado debidamente justificado el abordaje de la patología meniscal del paciente en su intervención de rotura de LCA y cómo, dada la naturaleza de la cirugía artroscópica, diagnóstica y terapéutica, en la misma se ha de abordar los hallazgos realizados, pues, lo contrario implicaría una segunda cirugía al mismo fin, estando implícita en la artroscopia cualquier resolución terapéutica derivada de los diagnósticos hallados.

2) Por otra parte, en cuanto a la relación existente entre el daño por el que se reclama y las intervenciones realizadas, consta en el DCI para la artroscopia por ligamentoplastia (folio n.º 81 y ss. del EA), que el paciente asume, entre las consecuencias seguras: molestias en la rodilla que puede durar semanas, meses o hacerse continuas. Además se puede requerir una segunda intervención para retirar los implantes metálicos colocados, cuando provoquen algún tipo de molestia. Entre los riesgos típicos figura: Persistencia o reaparición de la inestabilidad de la rodilla habitualmente por desinserción o rotura del nuevo ligamento (...). Aparición de artrosis de rodilla (proceso degenerativo), aparición de fracturas (lisis) en la zona donde se extrae el tendón. Otros: Rigidez de la rodilla, etc.

Como explica el informe del SIP, complicación a la que alude el reclamante, posteriormente ocurrió una lisis de la zona tibial, donde se inserta la plastia con el

tornillo y este, por tanto, protuye a la superficie, pero no se acredita mala praxis o fallo del cirujano, pues, como consta entre las «Consecuencias Seguras» en el DCI: « (...) Además se puede requerir una segunda intervención para retirar los implantes metálicos colocados, cuando provoquen algún tipo de molestia y una vez que hayan cumplido su función». La retirada del material de osteosíntesis (tornillo) es en marzo de 2018, tras firma de nuevo consentimiento informado.

Finalmente, se aclara por el SIP, lo que se recoge en la Propuesta de Resolución, que las lesiones condrales que el reclamante señala como daños derivados del proceso asistencial, no derivan del mismo, sino de la patología previa sufrida por el paciente. Todas las complicaciones devienen del accidente deportivo que sufrió en la rodilla. Sus lesiones iban empeorando y necesitaron de tratamientos sucesivos. El paciente conocía sus problemas de rodilla y en concreto la rotura de LCA, las lesiones condrales y meniscales, tras la cirugía de 21 de marzo de 2016.

Así concluye, correctamente la PR:

«De todo lo anterior cabe concluir que la actuación sanitaria ha sido acorde a la *lex artis*, es decir, se actuó en cada momento con la diligencia debida, es más, se repararon las lesiones conocidas, es decir la rotura de LCA y, además, las descubiertas mediante la artroscopia (rotura parcial de ambos meniscos). El paciente fue informado de la cirugía que se le iba a realizar y de sus posibles riesgos y así se acredita en el documento de consentimiento informado que firmó. En suma, no habiéndose probado mala praxis alguna, no existe daño antijurídico indemnizable».

4. A la vista de todo lo señalado, debemos concluir que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue conforme a la *lex artis*, tanto desde en su aspecto material como formal, por lo que debe desestimarse su reclamación.

Y es que, efectivamente, integra la *lex artis* el deber para los servicios sanitarios de prestar a los pacientes información adecuada acerca de su enfermedad, de los tratamientos que pueden ser aplicados y de los posibles riesgos que estos conllevan, tal como dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El correcto entendimiento del deber que esta Ley impone exige que los pacientes reciban cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto

de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

Esta regulación legal implica, además, que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis* y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando estas hayan sido conformes a la *lex artis ad hoc*. El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que de concretarse este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

Pues bien, en el presente caso de lo actuado en el expediente resulta, como bien señala la Propuesta de Resolución, que la intervención estaba correctamente indicada, en función de la valoración, exploración y pruebas complementarias, y, además, el paciente recibió la adecuada información al respecto, así como de las posibles complicaciones propias de la intervención, de las que sufrió las que alega en su reclamación, algunas de las cuales, ya se ha explicado, ni siquiera derivan de la asistencia sanitaria, sino de su propia patología de base dado el accidente sufrido en su día.

Por tanto, debe concluirse la adecuación a la *lex artis* de la atención dispensada al paciente, conclusión a la que coadyuva la jurisprudencia acertadamente citada en la Propuesta de Resolución, que entendemos que es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.