Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 7 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de abril de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. 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. 74/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 19 de febrero de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 21 de febrero de igual año, tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Respecto de la cuantía indemnizatoria solicitada, si bien el reclamante no procede a cuantificar su importe, teniendo en cuenta el objeto de la reclamación y la valoración a la que podría ascender el daño por el que se reclama, se ha considerado que es superior a 60.000 euros, lo que determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación 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).

Está facultada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SCS), de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la SCS, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del SCS, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba su Reglamento de Organización y Funcionamiento.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. El reclamante ostenta la condición de interesado, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP)], puesto que alega haber sufrido un daño corporal o físico por el que reclama su resarcimiento, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

En el presente caso, debe advertirse que si bien, inicialmente, el interesado actúa mediante representante, puesto que la reclamación se formula por (...) en representación de (...), lo cierto es que tras el requerimiento de subsanación en orden a acreditar dicha representación (art. 5 LPACAP), el interesado presentó ante el Registro General del SCS la reclamación firmada por sí mismo, por lo que debe entenderse que el interesado actúa por sí mismo, al no acreditarse en el legal forma la existencia de representación.

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al SCS, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Del mismo modo, está legitimado pasivamente el Hospital (...), como centro concertado con el SCS, dado que fue este centro sanitario quien prestó la asistencia sanitaria de la que derivó, supuestamente, el daño cuya indemnización se pretende.

Los conciertos sanitarios cuya regulación específica se encuentra en el art. 90, de carácter básico, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos que se encontraba ya contemplado en la

Base X.1 de la Ley 198/1963, de 28 de diciembre, de Bases de Contratos del Estado (LBCE) y en el art. 66 del Texto Articulado que la desarrollaba (aprobado por el Decreto 923/1965, de 8 de abril); y que se definía de manera idéntica en el art. 253.c) de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público y en el art. 275 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. Actualmente, la vigente LCSP (Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014) establece un nuevo marco jurídico que afecta a la actividad concertada sanitaria, de modo que es incardinable en el contrato de concesión de servicios o en el contrato de servicios, según si implica o no transferencia de riesgo operacional al contratista.

Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, resulta de aplicación la LCSP, cuyo art. 196.1 dispone que *«será obligación del contratista indemnizar todos los daños y perjuicios que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera la ejecución del contrato».*

Por ello, una vez presentada la reclamación de responsabilidad patrimonial frente al SCS, procede tramitar la misma, haciendo partícipe al Centro concertado, como interesado en el procedimiento administrativo, y posible responsable, como se ha hecho en el presente caso.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses, transcurridos los cuales, si no se hubiera notificado al interesado resolución expresa, se habría producido silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en

los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

La reclamación de responsabilidad patrimonial se sustenta en los siguientes antecedentes de hecho que se extraen de la reclamación formulada por el interesado, y que se exponen de manera sucinta en el antecedente de hecho primero de la Propuesta de Resolución:

«(...) el 6 de mayo de 2021 fue intervenido quirúrgicamente con implantación de prótesis en rodilla izquierda en el Hospital (...).

Que el reclamante ha padecido fuertes dolores sin que la intervención mejorase la situación. Que tras la realización de RX se descartó aflojamiento de la prótesis y que se la ha realizado un TAC cuyo resultado refiere no disponer. No obstante señala que se le informó que ciertamente existe una mala colocación (realizada en la intervención quirúrgica) de la prótesis que es lo que le está ocasionando el dolor incapacitante (...) por lo que se le ha recetado oxicodona (...)

No cuantifica la indemnización que solicita».

III

Los principales trámites del expediente de responsabilidad patrimonial han sido los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 2 de mayo de 2024 por (...) en representación de (...), en el que solicita el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria prestada.

El reclamante solicita el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial del SCS, sin determinar la cuantía indemnizatoria reclamada, y en cuanto a las lesiones producidas, únicamente hace referencia en el cuerpo del escrito de reclamación a la existencia de dolor incapacitante, que requiere tratamiento farmacológico.

Junto con la reclamación se aporta parte de consulta de Atención Primaria donde señala que el 6 de mayo de 2021 fue intervenido de prótesis de rodilla izquierda, así como los informes de las pruebas radiológicas, tanto de la RX como del TAC de 15 de febrero de 2023 y de la gammagrafía ósea selectiva de 6 de junio de 2022. Aporta, además, receta electrónica.

2. Solicitada la subsanación de la solicitud a efectos de acreditar la representación por medio de la que actúa el interesado, con fecha 13 de junio presentó ante el Registro General del SCS la reclamación firmada por sí mismo, cuyo contenido es idéntico a la reclamación inicial. Aporta, además, solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica el día 10 de abril de 2023 para artroplastia rotuliana por Artrosis femoropatelar de rodilla izquierda, los informes de las pruebas de imagen ya aportados con la reclamación inicial, citación para intervención quirúrgica el 6 de junio de 2024 y cita en consulta externa de Traumatología en el Hospital (...) de Maspalomas, así como la historia clínica de Atención Primaria. Aporta además, informe de RM de rodilla izquierda realizada el 3 de septiembre de 2020, antes de la intervención quirúrgica por la que reclama la indemnización.

3. Con fecha de 10 de julio de 2024, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por (...) Se notifica tanto al reclamante como al Hospital (...) como legitimado pasivamente.

4. El 11 de julio de 2024 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que, teniendo en cuenta la posible prescripción de la acción, se recabe el historial clínico y el informe/s del Servicio/s cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable y que, a la vista de la documentación e informes remitidos, emita, si lo estima oportuno, informe en relación a la asistencia sanitaria prestada.

5. El 2 de diciembre de 2024 el SIP emite informe en el que además de analizar la posible prescripción de la acción, cuya concurrencia rechaza, entra a analizar el fondo de la reclamación formulada por el interesado, concluyendo que procede su desestimación.

Se adjunta informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital (...) (Dr. (...)) de 7/08/24 y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de 20/07/24 del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) junto con la copia completa de la Historia Clínica del Hospital Universitario (...) y del CHUIMI.

6. En el trámite de proposición de prueba, en escrito de 26 de diciembre de 2024, el reclamante propone, además de la documental ya presentada, informe del Hospital (...) donde señala que el paciente tiene programada intervención quirúrgica para el 8 de agosto de 2024, que aporta.

7. El 9 de enero de 2025, se dictó el Acuerdo probatorio, por el que se admite la prueba documental propuesta por el interesado, así como la siguiente documental que obra, incorporada al expediente:

– Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 2 de diciembre de 2024.

– Copia de la Historia Clínica obrante en el Hospital Universitario (...) (HUSRM).

– Copia de la Historia Clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).

– Informe del Dr. (...) del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUSRM.

– Informe del Dr. (...), Jefe en funciones del Servicio de Traumatología del CHUIMI.

8. El 9 de enero de 2025 se confirió trámite de Audiencia a los interesados. Se notifica el 17 de enero de 2025 al Hospital Universitario (...) y el 20 de enero del presente año al reclamante.

9. Con fecha 5 de febrero de 2025 por el reclamante se formularon alegaciones por las que se ratifica en la reclamación inicial insistiendo, entre otros extremos, en que tras la realización del TAC se objetivó la mala colocación de la prótesis en la intervención quirúrgica que es lo que le venía ocasionando el dolor incapacitante sin mejoría quedando pendiente nueva intervención, la cual se le realizó en agosto de dos mil veinticuatro. Añade*: «Es claro y evidente el error cometido en la primera intervención quirúrgica la cual le produjo dolores insoportables, influyendo negativamente en su vida diaria, hasta el punto de tener que tomar medicación opioide para intentar paliar los fuertes dolores padecidos».*

10. Con fecha 19 de febrero de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

11. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero,

por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

12. Mediante oficio de 19 de febrero de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 21 de febrero de 2025, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. En primer término, antes de analizar el fondo del asunto, se advierte un error, que debe ser corregido, en la identificación de la persona reclamante existente en la parte dispositiva de la Propuesta de Resolución, puesto que expresamente se señala: «*Desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

El reclamante es (...) Por otro lado, como ya se ha indicado en líneas precedentes, (...) actúa en su propio nombre y derecho, y no mediante representación, de modo que, de igual manera, debe corregirse el encabezado de la Resolución.

2. En cuanto al análisis de la concurrencia de los requisitos exigidos para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, procede en primer lugar, hacer una breve referencia a los preceptos constitucionales y legales, así como a la doctrina jurisprudencial recaída en la materia.

La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión que se contiene en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos

salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación constitucional y legal, la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, ponente (...), Roj STS 4942/2014, FJ 3): *«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».*

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010, ponente (...), Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de

distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es la de prestar la debida asistencia y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis* constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no

evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012, RJ\2013\2430).

3. Sentada la anterior doctrina, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido una infracción de la *lex artis* y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

La pretensión indemnizatoria se sustenta en la existencia de una infracción de la *lex artis* en la atención dispensada al reclamante, concretamente en la intervención quirúrgica llevada a cabo el día 6 de mayo de 2021 Hospital Universitario (...) (HUSRM) para la implantación de una prótesis de rodilla izquierda, por mala colocación de la prótesis durante la misma, lo que le ha ocasionado dolor incapacitante, y la necesidad de llevar a cabo una nueva intervención.

Por tanto, se trata de dilucidar a través del material probatorio existente en el expediente remitido a este Consejo consultivo, si efectivamente existió esa incorrecta colocación de la prótesis de rodilla durante la cirugía llevada a cabo el 6 de mayo de 2021, y en caso afirmativo si esa actuación contraria a la *lex artis* ha sido la causa de las dolencias que padece.

De este modo, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria, extraídos de la documentación obrante en el expediente, son los siguientes:

- El paciente con fecha de nacimiento 17/12/1966 (54 años en el momento de los hechos), estaba diagnosticado de artrosis de ambas rodillas, más acentuada en la izquierda donde presentaba artrosis tricompartimental (severa), con síntomas de dolor y limitación funcional. Había recibido tratamiento conservador sin mejoría por lo que dado su deseo de intervención y la aprobación por el comité de artroplastia, fue incluido en la lista de espera quirúrgica.

- El paciente fue derivado desde su hospital de referencia (CHUIMI), al HUSRM para cirugía de prótesis de rodilla izquierda, en virtud del concierto sanitario entre el SCS y dicho centro hospitalario, donde se realizan los estudios radiográficos y consultas de Traumatología previo a la cirugía.

- El 16/04/21 firma el documento de consentimiento informado para cirugía mediante implantación de prótesis dado gonartrosis izquierda con dolor limitante.

- El 06/05/21, de manera programada se le realiza intervención quirúrgica propuesta. El procedimiento se llevó a cabo sin incidencias.

En el protocolo de intervención (hoja operatoria), queda descrito que se le administra anestesia raquídea, se coloca en decúbito supino, se le realiza isquemia de miembro inferior izquierdo. Incisión cutánea y subcutánea media. Artrotomia por incisión pararrotuliana interna, eversión rotuliana. Se observa gonartrosis tricompartimental. Resección de grasa de hoffa, meniscectomía resección del LCA. Se procede a la selección del tamaño protésico tipo Physica Total Knee (L.). Se realizan osteotomías femorales. Prueba del componente femoral. Preparación de osteotomía tibial y osteotomía de los platillos. Prueba del polietileno y de estabilidad. Denervación y regularización de la rótula. Cementación con implante del componente tibial del n.º 6; polietileno del n.º 6/11. Componente femoral del n.º 7. Verificación de estabilidad y balance articular. Colocación de drenaje articular. Cierre por planos, y piel con grapas. Vendaje compresivo. Fin de isquemia.

- Las pruebas radiográficas postoperatorias se objetivan correctas sin alteraciones de implantación o alineación y su evolución postquirúrgica fue favorable, emitiéndose su alta hospitalaria el 08/05/21, con las recomendaciones sobre tratamiento, controles, cuidados, deambulación con bastones y ejercicios de la rodilla.

- Según informe del servicio de Traumatología del HUSRM:

Continúa controles en consultas externas, refiriendo dolor moderado en las primeras semanas, cuadro de rigidez parcial asociado a retracción de partes blandas que se manejó con tratamiento rehabilitador. No se apreció complicaciones de la herida quirúrgica o signos sugerentes de la alteración de la alineación de la prótesis.

En consulta al tercer mes postprótesis, al finalizar la rehabilitación, el paciente refiere estar bien clínicamente, con dolor controlado, deambula de forma autónoma. No presenta alteraciones funcionales significativas y presenta buen trofismo distal de la extremidad.

En exploración física no presenta derrame en la rodilla, describiéndose está estable, con una movilidad articular con una extensión completa y 100º de flexión.

La Rx de la rodilla (13/09/21) valorada en la consulta se aprecia satisfactoria, sin alteración en interfase ni signos de aflojamiento o alteración en la alineación.

En consulta de control a los 6 meses, en fecha 20/12/21, se describe el paciente refiere estar clínicamente bien, no dolor, presenta buen trofismo distal, con deambulación bien tolerada sin muletas.

En exploración física no se aprecia derrame, la rodilla está estable con una extensión completa y una flexión de 110º.

En la Rx de la rodilla (20/12/21), el traumatólogo aprecia por primera vez signos de osteolisis en interfase metal-hueso femoral.

A pesar de hallazgos en la radiografía que son informados, el paciente refiere sintomatología nula, por lo que se decide actitud expectante, emplazando al paciente a acudir a consultas ante cualquier alteración para valorar posible aflojamiento temprano.

- El 1 de septiembre de 2021 el paciente acude a Urgencias del HUSRM por dolor en la rodilla que no mejora. Se realiza exploración y RX y no se objetiva lesión ósea aguda traumática.

- Según historia clínica del CHUIMI y, documentación aportada por el propio reclamante:

Inicia valoraciones en consultas de Traumatología de su hospital de referencia (CHUIMI) el 08/02/22, por dolor en rodilla izquierda operada.

En exploración física se aprecia una movilidad articular con extensión completa y flexión de 140º (buena movilidad). Maniobra de bostezo es negativa (los ligamentos colaterales que proporcionan estabilidad a la rodilla impresionan estar bien). Dolor con las maniobras exploratorias en rótula y en pata de ganso (zona interna de la rodilla).

Para su estudio se le realizaron pruebas complementarias de Rx de rodilla en carga que mostró signos de radiolucencia ósea y gammagrafía vascular y ósea en fecha 06/06/22, donde no se observaron claros signos de aflojamiento, por lo que se le solicitó TAC para valorar posible mala alineación de los componentes protésicos.

En TAC de rodilla izquierda de fecha 15/02/23, se informa de prótesis metálica de la rodilla izquierda con normoposición de la misma, sin otros hallazgos significativos.

En consulta de fecha 04/04/23 dado que sigue con dolor femeropatelar y quiere operarse se incluye en lista de espera para cirugía en centro concertado HUSRM, mediante artroplastia rotuliana (sustitución de la rótula).

Y según documento extraído del Sistema de Información de Conciertos Hospitalarios (SICH), el paciente, según lo convenido y con su aceptación fue intervenido en el HUSRM el 08/08/2024, mediante sustitución de rótula izquierda por el mismo Dr. que le intervino la primera vez, constando su alta el 10/08/2024.

El reclamante manifiesta que tras la realización del TAC se objetivó la mala colocación de la prótesis que es lo que le venía ocasionando el dolor incapacitante sin mejoría, sin embargo no aporta elemento probatorio alguno que sostenga tal manifestación. De hecho, en ninguno de los informes correspondientes a las pruebas de imagen que aporta con su reclamación aparece tal afirmación. Así, puede constatarse que en la gammagrafía ósea de 6 de junio de 2022 se concluye: «*sin claros signos de aflojamiento en la actualidad*» y en el TAC realizado el 15 de febrero de 2023 se informa: «*prótesis metálica de rodilla izquierda, con normoposición de la misma y sin signos de aflojamiento. Sin otros hallazgos significativos*».

Por tanto, aunque inicialmente ante el dolor que presentaba el paciente se sospechó un posible aflojamiento de la prótesis, lo cual tampoco es indicativo de mala praxis, puesto que tal y como informa el Servicio de Traumatología del HUSRM el aflojamiento de la prótesis de rodilla está descrito y recogido en las posibles complicaciones del procedimiento quirúrgico, lo cierto es que realizadas las pruebas pertinente (RX en carga, gammagrafía ósea y TAC) no se objetivó tal aflojamiento de la prótesis.

El TAC de rodilla izquierda se solicita para valorar una posible malalineación de los componentes protésicos pero dicha sospecha se descarta, al objetivarse normoposición de la prótesis.

Por su parte el SIP concluye lo siguiente:

«2. La artrosis es una enfermedad degenerativa, crónica, de lenta progresión, muy común en individuos adultos, que afecta al cartílago articular provocando su deterioro por envejecimiento o desgaste del mismo. Como consecuencia de la artrosis se afecta la biomecánica articular, que finalmente termina produciendo clínica de dolor, deformidad y disminución de la movilidad.

3.- Suele ser habitual durante su evolución, cuando se precisa, la utilización de tratamientos conservadores como el analgésico, antiinflamatorio, el reposo relativo de la articulación, descargarla usando bastón-muletas y/o perder peso, uso de infiltraciones; recomendándose la sustitución de la articulación cuando la artrosis es avanzada, procedimiento que consiste en sustituir la articulación enferma y reemplazarla por una artificial (prótesis).

4.- En su caso, tras consultas de Traumatología del HUSRM, de valoración, con estudios radiográficos, y bajo el diagnóstico de gonartrosis izquierda tricompartimental (severa y sintomática), queda acordada la cirugía mediante colocación de prótesis total de rodilla. El paciente es informado según la normativa vigente y en aplicación del protocolo al uso, de lo cual es prueba el consentimiento informado (CI) que consta firmado el 16/04/21.

5.- En el CI se describe tanto el procedimiento a realizar como las consecuencias y riesgos o complicaciones que son inherentes a dicha intervención quirúrgica, quedando informado de que para implantar la prótesis es necesario extirpar parte del hueso de la articulación y su adaptación puede tener como consecuencia deformidades como el alargamiento, acortamiento o angulación de la pierna operada. También le queda explicado que debido a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona pueden existir molestias (dolor) que puede ser prolongado en el tiempo o hacerse continuo. Asimismo, queda informado de que, entre otras complicaciones posibles, pueden presentarse alteraciones tendinosas/ligamentosas, descalcificación ósea, así como aflojamiento de la prótesis, pudiendo requerir de nuevas intervenciones.

6.- La cirugía se realizó en fecha 06/05/21, según protocolo establecido que consta en hoja quirúrgica, sin observarse incidencias operatorias y con evolución favorable, lo que motivó su alta hospitalaria dos días después de la intervención.

7.- Según se conoce por la historia clínica y el informe del Servicio de Traumatología, el paciente luego de la cirugía tuvo seguimiento en consultas, realizó rehabilitación y, se comprobó en los controles radiológicos la correcta colocación de la prótesis, siendo en fecha 20/12/21, cuando es la primera vez que en Rx de control se observó signos de osteolisis en interfase metal-hueso femoral.*

*8.- *La osteolisis es un proceso de resorción ósea o descalcificación (fallo en la interfase cemento-hueso) alrededor del implante, dependiente de factores como la calidad ósea, actividad física, peso, que es lo que causaría el aflojamiento (inestabilidad), lo cual está contemplado en el documento de consentimiento informado.*

9.- Dado que, tras los primeros hallazgos en la radiografía el paciente estaba bien clínicamente y sin dolor, se optó por actitud expectante, emplazando al paciente a acudir a consultas ante cualquier alteración para valorar posible aflojamiento temprano. Considero, tanto la valoración inicial, así como la cirugía y seguimiento posterior fueron los razonables al contexto y patología del paciente.

10.- Posteriormente se conoce que, ante clínica de dolor en la rodilla izquierda intervenida, el paciente acudió a consultas de Traumatología de su hospital de referencia (CHUIMI). En consultas se le realizó examen físico que apreció dolor en la zona anterior de la rodilla (en la rótula), además de estudios de imagen como radiografía, gammagrafía y TAC de la rodilla. El estudio de TAC, que es de elección para demostrar una mala alineación de los componentes de la prótesis, no encontró ninguna "mala colocación de la prótesis", todo lo contrario se demostró normoposición de la misma.

11.- En su caso, dado que el dolor estaba localizado en la rótula y habían signos de osteolisis (radiolucencia) ósea, que puede condicionar aflojamiento o inestabilidad, se optó por hacer una sustitución de rótula, que fue realizado en el mismo hospital (HUSRM) y por el mismo Traumatólogo, según documento extraído del SICH, datos estos que me hacen valorar que el paciente confiaba en que los síntomas que le llevaban a una segunda cirugía, no eran en realidad por una primera cirugía mal realizada o prótesis mal colocada, sino condicionados por su propia patología, siendo la complicación surgida y detectada posteriormente un riesgo que se materializó, y que estaba recogido dentro de los riesgos inherentes a la cirugía realizada, de la cual el paciente estaba informado, conocía, entendía y había asumido, con la firma del consentimiento informado, quedando demostrado que se cumplió con la normativa reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica».

Por todo lo expuesto, se puede concluir que no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada. El reclamante no ha incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada.

El hecho de que el resultado final tras un proceso asistencial sea desfavorable o no sea el esperado, no supone *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Para que el daño sea indemnizable, es preciso que se produzca una lesión antijurídica, en el sentido de daño al que se añade la nota de la antijuridicidad. Como con apreciable claridad afirma la SAN de 24 de mayo de 2000 (Rec. 435/1998, RJCA\2000\2162) «*la lesión se define como daño ilegítimo, pues no todo perjuicio es constitutivo de una lesión en el sentido técnico-jurídico del término, porque si bien toda lesión es integrante de un daño y perjuicio, no todo daño y perjuicio es constitutivo de una lesión*».

De los informes obrantes en el expediente se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. Por ello el resultado final y el estado lesional del paciente no está relacionado causalmente con la asistencia

sanitaria dispensada por el Servicio Canario de Salud. El dolor y la necesidad de una nueva intervención quirúrgica no se deben a una primera cirugía mal realizada o una prótesis mal colocada, como alega el reclamante, sino que están relacionado directamente, en relación causa-efecto, con la propia patología, siendo la complicación surgida y detectada posteriormente un riesgo que se materializó y que estaba recogido dentro de los inherentes a la cirugía realizada.

En definitiva, no concurre uno de los principales requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial sanitaria, que es la infracción de la *lex artis*, y por ello tampoco el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, se impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación interpuesta, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen, con las advertencias indicadas en el apartado 1 de dicho fundamento.