Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 4 7 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 de octubre 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. 406/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 12 de septiembre de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el día 16 de septiembre de 2025), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 150.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D,e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), 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 (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril,

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. En el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Asimismo, en el presente supuesto se encuentra legitimada pasivamente la entidad mercantil *«Clínica (...)»*, en su calidad de empresa adjudicataria del servicio, y a cuya defectuosa prestación imputa también la reclamante los daños que se le han irrogado, conforme a la reiterada doctrina administrativa de este Consejo Consultivo.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 14 de junio de 2023 respecto de unos daños cuyo alcance no quedó determinado hasta el 5 de abril de 2023, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

7. No se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, la interesada expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO.- Para una mejor comprensión de la dicente, sería preciso remontarnos al origen de la misma. En informe de 16 de mayo de 2014, del Servicio de Reumatología, se indica que el motivo de la consulta es una artritis séptica de la rodilla izquierda. Entre las patologías de la compareciente habría "dolor de varios meses de evolución mecánico en rodilla izquierda. El día 4 de abril se le practica, por vía externa, IIA con ácido hialurónico, presentando 24 horas después dolor intenso, tumefacción, tiritona y fiebre de has 38.5ºC, con imposibilidad para movilizar la rodilla. No síntomas articulares a otros niveles ni enteralgia o lumbalgia. No aftas, no diarrea ni lesiones cutáneas u otros síntomas extraarticulares. Refiere episodio prolongado de dolor y tumefacción postraumática de rodilla derecha sin referirnos diagnóstico preciso, realizándose drenaje articular en varias ocasiones, con mejoría". En cualquier caso, el diagnóstico en aquel momento habría sido artritis séptica localizada en la rodilla izquierda.

SEGUNDO.- El 7 de febrero de 2017, Traumatología del SCS diagnostica gonalgia izquierda, y detecta un dolor progresivo en rodilla izquierda. En cualquier caso, y a pesar del dolor existente, la dicente manten su movilidad.

TERCERO.- En informe de alta del Hospital (...), de 23 de octubre de 2018, persiste el dolor en la deambulación en la rodilla izquierda, diagnosticándosele gonartrosis izquierda. Se habría empezado el estudio preoperatorial para la intervención correspondiente.

CUARTO.- El 25 de julio de 2019 consta que durante 8 meses habría llevado un proceso para la colocación de prótesis izquierda con cultivos e intraoperaciones a Morganella morgani.

QUINTO.- Finalmente, en octubre de 2020 se le diagnostica un recambio total de la prótesis de la rodilla izquierda.

SEXTO.- Por tanto, desde el año 2020 a esta parte, la reclamante ha visto perjudicada seriamente su salud a raíz de distintas intervenciones médicas que finalmente han limitado su movilidad, y generado dependencia para la realización de las actividades domésticas. En un principio, con 62 años, habría sido intervenida por una prótesis de rodilla, y el 12 de septiembre de 2022, el SCS emite informe por el que deja constancia de que se trata de una paciente intervenida por último en 2020, que teniendo una limitación de la movilidad importante, se le habría generado un cuadro de ansiedad reactivo e insomnio. Asimismo, se le diagnostica en la fecha indicada dislipemia y glucemia basal alterada.

Por tanto, el cuadro patológico de la exponente se habría agravado a medida que es intervenida en 2020 y sin que exista una estabilización de ésta, dado que su limitación y el carácter degenerativo de su situación se habría mantenido en el tiempo; de tal suerte que hoy por hoy ya no hablamos de una limitación, sino prácticamente hablamos de una persona sin movilidad.

SÉPTIMO.- El propio SCS refiere en el informe antedicho los fármacos que tiene pautados, a saber: lormetazepam 2 mg, simvastatina 20 mg, tramadol 37.5 mg, paracetamol 325 mg, omeprazol 20 mg, nolotil, 575 mg y orfidal 1 mg.

OCTAVO.- El 7 de octubre de 2022 la firmante da entrada en el Gobierno de Canarias para la solicitud de una valoración urgente a fin de obtener el grado de discapacidad que le correspondería a su situación. En ese momento, su grado de discapacidad era del 21%, y a fecha 7 de octubre de 2022, después de las intervenciones a que ha sido sometida, y de la rehabilitación pertinente, requeriría de una rampa porque está imposibilitada para moverse.

NOVENO.- El 16 de noviembre de 2022 acude por primera vez a la Unidad del Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional. La patología por la que acude es una gonalgia izquierda.

DÉCIMO.- Ante el empeoramiento sufrido, (...) ha sido sometida a una exploración de gammagrafías ósea localizada el 7 de marzo de 2023. Se observan signos de leve hiperemia difusa en la región femoral con un área más intensa en región medial. También tendría hiperemia en las mesetas tibiales. Desde un punto de vista óseo, se detecta hipercaptación periprotésica. Se duda de si la implantación protésica ha alterado la patología o esta es secundaria al remodelamiento óseo normal, o bien que se ha aflojado la prótesis. En la rodilla derecha encuentran signos de artropatía degenerativa.

Las patologías descritas, el retardo en la intervención del SCS y la praxis inapropiada, han resultado en la falta de movilidad evolutiva en la reclamante, hasta el punto de que actualmente está impedida en su movilidad.

UNDÉCIMO.- A la vista de la situación descrita, causada por el anormal funcionamiento de la Administración desde que fuera tratada la firmante en mayo de 2014 y manteniéndose en septiembre de 2022 en que la derivan a la Unidad del Dolor Crónico, tendría derecho a una indemnización. El cálculo de la misma estaría sujeto a una lesión permanente, dado que

la firmante carece de movilidad, sin posibilidad de recuperar la misma en los miembros inferiores. Esta indemnización no solo debería comprender la lesión descrita, sino las consecuencias de la misma. Por tanto, debería integrarse el daño físico y moral, que se estimaría en CIENTO CINCUENTA MIL EUROS (150.000 euros) s.e.u.o.-.

(…) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 22 de noviembre de 2024, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial, en el que se expone lo siguiente:

« (…) B.- ANTECEDENTES

1.-En noviembre de 2003, noviembre de 2006, mayo, junio y septiembre de 2007, depresión reactiva.

2.-Traumatismo en rodilla en junio de 2007.

El 21 de junio de 2007 condromalacia rotuliana derecha. En exploración física: bursitis prerrotuliana.

El 10 de marzo de 2009 comunica a su Médico de Atención Primaria que se va a "operar", solicita Rx, condromalacia rotuliana. En marzo se describe 3 consultas sin acudir.

3.-En el año 2009 dolor a la movilización de rodilla derecha, sobre todo en los últimos grados de flexión.

Ingresa en el Hospital Universitario Insular durante el periodo 10 a 12 de mayo de 2009 con el diagnóstico de meniscopatía interna de rodilla derecha para tratamiento quirúrgico.

Se realiza, en el HUI, artroscopia de rodilla derecha el 11 de mayo de 2009. Hallazgos meniscos íntegros. Condromalacia grado I en ambos cóndilos y lesión osteocondral en rótula. Se realiza limpieza articular. Diagnóstico al alta condromalacia grado II en rótula derecha.

El 19 de octubre de 2009 consta en el CS: hace 4-5 meses artroscopia para tratamiento de condromalacia rotuliana, refiere dolor, incluso postoperatorio inmediato. En la exploración signos inflamatorios extra-articular. Se realizó interconsulta al Servicio de Traumatología.

Citada en HUI el 25 de mayo de 2009 no acudió.

El 11 de mayo de 2010 nueva interconsulta al Servicio de COT por condromalacia rotuliana derecha.

En fecha 30 de agosto de 2013 se realiza desde Atención Primaria interconsulta al Servicio de COT: Mujer de 53 años, diagnosticada de condromalacia rotuliana desde hace años + gonartrosis. Antecedente de derrame articular. Ha recibido múltiples tratamientos incluido infiltraciones, sin mejoría.

Rx de rodilla izquierda.: gonartosis moderada-severa.

En plan terapéutico diazepam, efferalgan, metamizol, omeprazol, orfidal.

Desde el Servicio de COT del CAE de Arucas se solicita, el 20 de septiembre de 2013, RM rodilla izquierda que realizada en centro concertado (Hospital (...)) el 9 de enero de 2014: Cambios degenerativos en los compartimentos tibiofemorales con osteofitos en localizaciones típicas. Engrosamiento y alteración de la señal del cuerno posterior del menisco interno compatible con contusión. Engrosamiento y alteración de la señal del fascículo posterior del ligamento cruzado anterior, visualizando líquido entre sus fibras. Valórese la posibilidad de esguince grado I-II intrasustancia.

Menisco externo: Ligamento cruzado posterior, ligamentos colaterales , complejos ligamentarios interno y externo de la rodilla y tendones rotulianos y del cuádriceps dentro de límites normales.

No derrame articular.

Impresión diagnóstica: Contusión del cuerno posterior del menisco interno. Esguince grado I-II intrasustancia del fascículo posterior del ligamento cruzado anterior.

4.-No consta en los datos obrantes en HC el acto de infiltración aludido tras el cual se desarrolla artritis séptica. La paciente refiere en la atención en el Servicio de Urgencias del HUGCDN el 6 de abril de 2014, por artritis séptica, que había recibido infiltración de rodilla izquierda el 4 de abril, no se expone ni el centro ni el servicio que realizó el procedimiento.

El 6 de abril de 2014 acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN con inflamación, calor y rubor de rodilla izquierda. Ingresó para estudio por el Servicio de COT.

Intervenida el 6 de abril de 2014 mediante artroscopia de lavado de rodilla izquierda por artritis séptica (artrocentesis de aproximadamene 60 cc de contenido inflamatorio de consistencia espesa).

Diagnóstico: Artritis séptica de rodilla izquierda.

Siguió control por el Servicio de Reumatología con tratamiento antibiótico y analgésico con alta en mayo de 2014.

En la valoración de 6 de abril de 2014 por el Servicio de Reumatología (reflejada en informe de 16 de mayo de 2014) se describe: Dolor de varios meses de evolución mecánico en rodilla izquierda. El día 4 de abril se le práctica, por vía externa, IIA con ácido hialurónico, presentando 24 horas después dolor intenso, tumefacción, tiritona y fiebre de hasta 38,5ºC, con imposibilidad para movilizar la rodilla. Refiere episodio prolongado de dolor y

tumefacción postraumática de rodilla derecha sin referirnos diagnóstico preciso, realizándose drenaje articular en varias ocasiones, con mejoría.

Precisó analgesia de tercer escalón y antibioterapia intravenosa con evolución y mejoría lenta y progresiva tanto de la clínica como analítica tras 4 semanas de tratamiento, por lo que se decide completar tratamiento antibiótico y analgesia a vía oral con buena respuesta clínica y analítica. Al alta paciente deambula sin ayuda con leve dolor.

Última consulta en este servicio (Reumatología) en el 2016, por dolor mecánico invalidante en rodilla izquierda, limita las actividades de la vida diaria. No derrames ni amento de la temperatura, limitación por dolor a la flexión de > 90º. PCR 1,7, VSG 2. Rx rodilla izquierda con osteofitos del CI.

Se le comenta la posibilidad de artroplastia y las limitaciones de la misma a su edad. Quiere artroplastia por lo que se realizó IC al Servicio de Traumatología.

5.-Valorada en el Servicio de Traumatología del HUGCDN el 10 de mayo de 2016 por persistir gonalgia izquierda.

Se solicita gammagrafía ósea y marcadores séricos de fase aguda previo a plantear nueva intervención.

6.-El 7 de octubre de 2016 en consulta del Servicio de COT se valoran Rx y gamamgrafía ósea que resultaron negativas para infección. La exploración física fue compatible con mensicopatía. Se solicita RMN de rodilla izquierda -valorar posible meniscopatía e indicación de artroscopia- y valoración por la Unidad de Rodilla.

Ante el resultado de la RMN rodilla izquierda compatible con degeneración mucoide LCA sin fallo articular. Meniscopatía medial, CPF, se remite a la Unidad de Rodilla. el 10 de enero de 2017.

7.-El 12 de noviembre de 2016 acude al CS por dolor intenso en la rodilla izquierda tras caída de rodilla en la playa, tiene antecedentes de artritis séptica en dicha rodilla.

El 27 de noviembre de 2016 acude al CS refiriendo "caída y abrasión de la rodilla izquierda, con antecedente de artritis séptica, se derivó al hospital.

8.-En el Servicio de COT -Unidad de Rodilla- el 6 de febrero en COT se propone artroscopia. Se explica el pronóstico y posibles complicaciones. Se incorpora a LEQ (lista de espera quirúrgica).

Consta en informe del Servicio de Traumatología el 7 de febrero de 2017 bajo el motivo de dolor progresivo y limitante rodilla izquierda con antecedente de artritis séptica, sin agente etiológico resultante pero que genera discapacidad en la marcha y flexo extensión de dicha articulación.

En la exploración física: Amplitud de rango articular limitado en los últimos grados rodilla izquierda, pero Clark +++ pero dudoso para meniscopatía medial, Steinmann +/-, sin alteración neurovascular.

Rx y RMN compatible con meniscopatía medial. Diagnóstico: Gonalgia izquierda.

9.-El 26 de julio de 2017 se realizó en el Hospital (...) de forma programada, por cupo, artroscopia de rodilla izquierda confirmando condropatía del cóndilo femoral interno y articulación fémoro-patelar (condropatía compartimento medial CFI PI III FP, rotura completa de LCA y meniscopatía degenerativa MI sin rotura). Se procede la descompresión anterior y bridas. Desbridamietno CFI PTI FP motorizado, regularización meniccal de CPO y CPMI. Lavado articular. Infiltración con hialurónico.

Previo a la artroscopia firmó DCI que incluye entre los riesgos derrames articulares que precisarían de evacuación por punción, en pacientes con lesiones degenerativas asociadas (artrosis, por ejemplo) persistencia o incremento de las molestias propias de tal patología, infección articular que precisaría nuevas operaciones y podría dejar graves secuelas de rigidez/dolor, rigidez en la rodilla que puede llegar a ser severa y dolorosa acompañada o no de inflamación importante y descalcificación de la zona (atrofia ósea), que precisaría de largos periodos de rehabilitación o incluso movilizaciones bajo anestesia o liberación quirúrgica.

En la analítica preoperatoria no leucocitosis.

10.-En consulta del Servicio de COT el 31 de octubre de 2017: Persiste el dolor en rodilla izquierda con gran limitación, marcha con bastón. Se solicita Rx. Rodilla izquierda seca sin derrame. Hará rehabilitación domiciliaria.

El 19 de febrero de 2018 consta gonartrosis en estudio para valorar próteis izquierda.

El 12 de julio de 2018 por persistir severa incapacidad justificada por gonartrosis y dada la negatividad de las pruebas de despistaje de infección se indica prótesis rodilla izquierda y se incluye en LEQ. Firma DCI.

11.-Ingresa en el periodo 7 a 23 de octubre de 2018 en Hospital (...) derivada desde LE, no cupo, bajo el diagnóstico de gonartrosis izquierda.

Firmó DCI. En las consecuencias seguras: la prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención. Entre los riesgos típicos, infección de prótesis incluso pasados años.

EL 8 de octubre de 2018 se realiza artroplastia total de rodilla izquierda (prótesis rodilla izquierda).

De manera profiláctica en el quirófano se toman muestras para cultivo de la rodilla. Dado los antecedentes de la paciente se empieza con protocolo antibiótico hasta la llegada

de los resultados de la muestra. Se aisló posteriormente Morganella morgani. Se trató con levofloxacino y tobramicina iv durante 2 semanas y luego 4 semanas levofloxaciono oral.

En ningún momento en el postoperatorio hubo signos de infección de la rodilla izquierda. El 17 de octubre se solicitó interconsulta al Servicio de Rehabilitación.

12.-En el control evolutivo por el Hospital (...), el 6 de noviembre de 2018:

Rx de control, se describe correcta. Comenzó el día anterior el tratamiento rehabilitador. BA 5-110º. Se suspende los antibióticos y se cita en un mes a revisión.

El 11 de diciembre de 2018, 2 meses después de la cirugía: Refiere dolor con la rehabilitación. BA 0-120º. Rodilla fría, levemente inflamada no ocupada. Se solicita analítica con PCR y VSG. Se cita a revisión en 2 semanas.

El 1 de febrero de 2019: Analítica de control normal. VSG 14, PCR <0,5, leucocitos normales. Ha concluido la rehabilitación en el centro concertado y está pendiente de solicitar más tratamiento en el centro de referencia. En la exploración: Dolor en rótula, no inflamación, BA 0-130º, atrofia de cuádriceps. Tiene que fortalecer la musculatura. Revisión en 3 meses con Rx.

En control el 14 de mayo de 2019, a los 6 meses de la intervención: Rx de control correcta, no signos de aflojamiento. Refiere dolor y que se inflama la rodilla frecuentemente, también el tobillo. Exploración bien, rodilla no inflamada, buena movilidad 0º-130º, atrofia del cuádriceps.

Se solicita analítica de control PCR y VSG en dos meses.

El 16 de julio de 2019: Analítica de control normal. PCR 0.6, VSG 11, procalcitonina 0,16, leucocitos normales. BA 0-130º. Ha hecho Rh en los dos meses interconsutla, ha mejorado la atrofia del cuádriceps aún le falta un poco de trabajo. Dolor ocasional en rótula, rodilla estable, usa bastón para caminar.

13.-El 16 de junio de 2020 en el Hospital (...):

Comenta el paciente dolor en la rodilla principalmente en la región anterior. Movilidad dolorosa de la rodilla. En la exploración leve ocupación articular, movilidad 0-95º, no laxitud ligamentosa, dolor en lado interno y externo, dolor al realizar flexoextensión, dolor fémoropatelar intenso, no eritema ni edema, marcha con dos bastones.

En Rx: Próteis total de rodilla sin signos de aflojamiento.

Ante la posibilidad de complicación séptica se solicita gammagrafía con Tecnecio y con leucocitos marcados.

En Gamamgrafía de 30 de julio de 2020: el estudio en fase vascular resultado normal. En fase metabólica a nivel de la prótesis de rodilla izquierda aumento intenso de actividad en

componente tibial, preferentemente en parte externa que sería compatible con aflojamiento.

En componente femoral incremento de actividad, más leve, en parte extrerna.

El estudio con leucocitos marcados (185 MBq 99mTc-HMPAO-Leucocitos) resultó estrictamente normal sin hallazgos que indiquen la existencia de complicación infecciosa.

Resumen: Estudio compatible con aflojamiento aséptico componente tibial.

El 26 de agosto de 2020 el Hospital (...) solicita autorización para recambio de prótesis total de rodilla izquierda.

14.-Ingresa en el periodo 27 de septiembre a 1 de octubre de 2020, en el Hospital (...), de forma programada para recambio prótesis de rodilla por aflojamiento aséptico de prótesis total de rodilla izquierda.

El 28 de septiembre se procede en 1º tiempo a extracción de prótesis de rodilla, 2º tiempo a recambio prótesis total de rodilla izquierda.

Firmó DCI. Entre los riesgos: infección de la prótesis que puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención. Cuando se efectúe otra intervención o una manipulación dental puede diseminarse una infección por la sangre, pudiendo afectar a su prótesis. Por dicho motivo lo deberá comunicar al médico encargado del proceso. Rotura o perforación de un hueso al colocar la prótesis o más tardíamente. Luxación. Limitación a la movilidad de la articulación secundaria en general a la aparición de calcificación alrededor de la prótesis. Rigidez de la rodilla por la formación de una cicatriz adherente que puede requerir una movilización bajo anestesia.

15.-El 14 de julio de 2021 se realiza en Hospital (...) informe a petición de la paciente: 1 año postoperatorio recambio total de rodilla protésica por prótesis fallida inicial, con prótesis de rodilla de revisión. Dolor anterior de la rodilla con movilidad, molestias subir y bajar escaleras en relación con región femororrotuliana. No signos de flogosis. Rx sin signos de aflojamiento. Se recomienda evitar esfuerzos, estancias prolongadas de pie, agacharse, subir y bajar escaleras.

16.-El 15 de enero de 2022 acude a su Centro de Salud por contusión en pierna: Se cae en casa sobre costado izquierdo. Acude por dolor en pierna izquierda.

Rodilla izquierda con prótesis y comparativamente con miembro contralateral mayor aumento de volumen previo sin deformidad ni limitación aguda del rango articular, rigidez mínima previamente por patología de base.

El 15 de junio de 2022 refiere en el Centro de Salud que acudió a Traumatólogo privado.

17.-En consulta del Servicio de COT del NUGCDN el 8 de agosto de 2022:

Exploración: Rodilla globulosa sin ocupación. Movilidad limitada a 90º de flexión. Dolor periarticular sobre todo en región medial a nivel de bursa anserina y en región peripatelar. No deformidad en varo / valgo. No signos de TVP.

Seguida por el Servicio de COT por persitir evolución tórpida de la prótesis de rodilla: Dolor y limitación, si bien no se objetivan signos inflamatorios locales de significado o fistulización y con correcto aspecto de la cicatriz quirúrgia.

Rx rodilla: prótesis de recambio con buen aspecto sin signos aparentes de aflojamiento.

Como diagnóstico: Bursitis anserina-gonalgia zquierda en rodilla protetizada.

Se solicita gammagrafía ósea y tratamiento rehabilitador.

En gammagrafía de 28 de septimbre de 2022:

Rodilla izquierda: en fase vascular se observa signos de leve hiperemia difusa en región femoral con un área más intensa y focal en región medial, así como leve hiperemia también en mesetas tibiales. En fase ósea se observan áreas de discreta hipercaptación periprotésica en relación con los cóndilos femorales, mesetas tibiales y componente fémoropatelar. Dado el tiempo transcurrido desde la implantación protésica no podemos precisar si las alteraciones evidenciadas son secundarias al remodelamiento óseo normal o a un incipiente aflojamiento protésico, por lo que se recomienda control evolutivo en 6-12 meses.

Rodilla derecha: Signos de artropatía degenerativa.

18.-Fue valorada el 16 de noviembre de 2022 en la Unidad de Dolor Crónico. Deambula con 2 muletas. Ha realizado RH sin mejoría.

Dada la posibilidad de infección no está indicado el intervencionismo en ese momento.

19.-En CE del Servicio de COT el 24 de noviembre de 2022 consta resultados de gammagrafía y TAC.

Cicatriz quirúrgica correcta. Derrame +. Leve aumento de temperatura local. Dolor generalizado a la palpación de la rodilla. Movilidad 0-120º. Estable.

Rx y teleRx: Radioluciencia vástago femoral, próteis en valgo.

TAC de rodillas:

Prótesis total rotatoria de rodilla izquierda: Mínima radiolucencia en torno al vástago femoral que creemos sin significado patologico. En la zona de mayor captación gammagráfica se identifica una mínima radiolucencia tanto subyacente a los platillos tibiales como en la vertiente posterolateral del cóndilo femoral externo donde se observa una incipiente pérdida de la cortical que habría que valorar evolutivamente y en el contexto clínico para descartar un incipiente aflojamiento.

Comentado el caso con Unidad de Rodilla se plantea el 1 de diciembre de 2022 artrocentesis + recogida de muestras para estudio microbiológico para descartar infección protésica de baja virulencia (artroscopia para estudio microbiológico de biopsias sinoviales y líquido articular).

Se explica el procedimiento a la paciente. Firma DCI.

El 16 de diciembre de 2022 se realizó la citada artrocentesis y toma de muestras artroscópica de rodilla izquierda.

20.-El 2 de enero de 2023 en revisión en CE consta hallazgos negativos para el aislamiento de gérmenes en las muestras remitidas.

Puntos con buen aspecto, no signos de sobreinfección, no derrame. Flexión > 90º, psoas y cuádriceps 4/5.

Se indican ejercicios para recuperación funcional y de la movilidad articular.

21.-El 1 de febrero de 2023, estable con ARA limitada en rodilla izquierda. En rodilla derecha tendinopatía pata de ganso, Bursa anserina, se solicita ondas de choque.

En visita de 2023 se informa de cierta mejoría clínica con deambulación asistida de una muleta.

Se realiza gammagrafía ósea y SPECT CT el 7 de marzo de 2023: Aflojamiento aséptico en compartimentos de ambos componentes de PTR izquierda. Cambios degenerativos/inflamatorios en rodilla/patela derecha.

Cumplir ondas de choque antes de la cirugía de recambio.

Ext 0º. Flex 110º.

22.-Ha sido tratada por la UDO. Asocia gonalgia derecha. Pendiente de radifrecuencia de geniculados que el 8 de mayo de 2024 deciden no realizar hasta confirmar el diagnóstico de aflojamiento protésico que puede requerir nueva intervención.

23.-En consulta de COT el 24 de enero de 2024 se describe: Continúa muy limitada, también en rodilla derecha. Deambula con dos muletas.

En fecha 30 de abril se plantea recambio protésico. Se infiltra rodilla derecha con AHA celestone y mepivaina.

El 29 de mayo de 2024, discutido el caso con la Unidad de Rodilla se plantea recambio en dos tiempos. Firma DCI. Se incluye en LEQ.

C.- CONCLUSIONES

1.-La reclamante inicia el relato de hechos con el episodio de artritis séptica de abril de 2014. Además, relaciona la evolución de rodilla izquierda y su situación actual con la intervención en el año 2020.

Sin embargo, sus antecedentes de patología de rodillas (inicialmente derecha) se sitúan al menos en los años 2007 y 2009.

Destacamos en sus antecedentes patología en rodilla derecha desde el año 2007 (condromalacia rotuliana). En el 2009, en artroscopia de rodilla derecha, condromalacia grado II y clínicamente dolor a la movilización de rodilla derecha sobre todo en los últimos grados de flexión. Incluso en la valoración por el Servicio de Reumatología el 6 de abril de 2014, en relación a artritis séptica de rodilla izquierda, refiere la paciente episodio prolongado de dolor y tumefección postraumática de rodilla derecha realizándose drenaje articular en varias ocasiones, con mejoría.

Es en el año 2013, 30 de agosto de 2013, cuando se hace referencia a gonartrosis (artrosis de rodilla) moderada-severa de rodilla izquierda, es decir patología degenerativa.

La gonartrosis es una enfermedad articular crónica, degenerativa y progresiva en la que encontramos pérdida del cartílago articular, osteosclerosis subcondral, formación de osteofitos y deformación de la articulación de lo que resulta la alteración morfológica y funcional de la rodilla. Como síntomas se describe el dolor que con el tiempo pasa de presentarse en reposo a presentarse de forma continua, derrame articular, limitación de la movilidad, crepitación, atrofia muscular e inestabilidad. Las formas severas incapacitan a los pacientes.

Las articulaciones artrósicas muestran una limitación de la movilidad y frecuentemente una actitud viciosa difícil de corregir.

2.-Se relaciona el proceso de artritis séptica en abril de 2014 con infiltración realizada el 4 de abril de 2014. No consta en los datos obrantes en la HC incorporada al expediente dónde y quién realizó la infiltración en esa fecha.

En cualquier caso, el ácido hialurónico se utiliza en el tratamiento de la artrosis a fin de lograr la desaparición o el alivio del dolor producido por una articulación, tendón o ligamento inflamados. Aunque tiene escasos efectos secundarios de forma ocasional se comunican artritis agudas tras inyección intraarticular del ácido hialurónico.

Sobre rodilla izquierda, previamente diagnosticada de gonartrosis moderada-severa se desarrolló un proceso de artritis séptica que fue tratado adecuadamente. Se realizó artroscopia de lavado, analgesia de tercer escalón y antibioterapia intravenosa con evolución y mejoría lenta y progresiva tanto de la clínica como en la analítica tras 4 semanas de tratamiento, por lo que se decide completar tratamiento antibiótico y analgesia a vía oral con buena respuesta clínica y analítica. Al alta la paciente deambula sin ayuda con leve dolor.

En efecto, el tratamiento de la artritis séptica incluye el uso de antibióticos y, en algunos casos, cirugía para drenar el líquido infectado de la articulación.

3.-Posteriormente en el contexto de gonartrosis de rodilla izquierda, diagnosticada previo a la artritis séptica y después de ésta, la paciente manifiesta su deseo de artroplastia ante la persistencia de gonalgia (dolor en la rodilla) izquierda.

Previo a artroplastia de rodilla izquierda y dado los antecedentes, el Servicio de COT solicitó, 10 de mayo de 2016, de forma oportuna, gammagrafía ósea y marcadores séricos de fase aguda antes de plantear nueva inervención.

Con resultados negativos para infección se solictó estudio de imagen RMN en el que se objetiva meniscopatía y se indicó artroscopia, realizada el 26 de julio de 2017. Ya constaba en sus antecedetes RMN de 20 de septiembre de 2013 de rodilla izquierda en la que se manifestba contusión del cuerno posterior del menisco interno, esguince grado I-II intrasustancia del fascículo posterior del ligamento cruzado anterior.

Observamos indicación correcta de procedimiento, artroscopia y actuación adecuada.

4.-Consta que previo al procedimiento artroscopia la paciente relata en el Centro de Salud dos caídas, fechas 12 y 27 de noviembre de 2016 con contusión en rodilla izquierda.

5.-Además de los antecedentes de gonartrosis, artritis séptica y meniscopatía en consulta del Servicio de COT el 31 de octubre de 2017 se describe que persiste el dolor en rodilla izquierda con gran limitación, marcha con bastón. Por tanto, previo a la primera artroplastia (reconstrucción de la articulación y prótesis) de rodilla izquierda ya presentaba limitación en la misma.

Precisamente la incapacidad secundaria a la gonartrosis derivó en la indicación de prótesis de rodilla en el año 2018 (artroplastia). De esta forma, en la fecha en la que se incluye en LEQ, 12 de julio de 2018, consta: "por persistir severa incapacidad justificada por gonartrosis y dada la negatividad de las pruebas de despistaje de infección se indica prótesis rodilla izquierda y se incluye en LEQ. Firma DCI".

6.-La reclamante expresa "El 25 de julio de 2019 consta que durante 8 meses habría llevado un proceso para la colocación de prótesis izquierda con cultivos e intraoperaciones a Morganella morgani"

No es correcta esta expresión. Previo a la artroplastia (2018) se realizó despistaje de infección. además, de manera profiláctica en el quirófano se toman muestras para cultivo de la rodilla. Dado los antecedentes de la paciente se empieza con protocolo antibiótico hasta la llegada de los resultados de la muestra. Se aisló posteriormente Morganella morgani. Se trató con levofloxacino y tobramicina iv durante 2 semanas y luego 4 semanas levofloxaciono oral.

Conforme a los resultados del cultivo el abordaje fue adecuado.

En ningún momento en el postoperatorio hubo signos de infección de la rodilla izquierda.

La analítica de control solicitada el 11 de diciembre de 2018 resultó normal VSG 14, PCR<0,5, leucocitos normales.

Se vuelve a solicitar analítica de control en julio de 2019 con resultado de normalidad PCR 0.6, VSG 11, procalcitonina 0,16, leucocitos normales.

En el año 2020 (junio) al referir la paciente movilidad dolorosa de rodilla se indican pruebas complementarias a fin de descartar posibles complicaciones como aflojamiento (Rx) o complicación séptica (se solicita gammagrafía con Tecnecio y con leucocitos marcado). Excluyéndose nuevamente infección. En Rx no aflojamineto pero sí en gammagrafía ósea.

Ingresa el 27 de septiembre de 2020 para recambio de prótesis por aflojamiento aséptico y no séptico.

7.-Se realizó artroplastia (prótesis) rodilla izquierda en el año 2018 con recambio en el año 2020.

El proceso aflojamiento protésico está incluido en el DCI para prótesis de rodilla, así como en el correspondiente al recambio de ésta.

Así, en DCI para artroplastia de 8 de octubre de 2018: "la prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención. Entre los riesgos típicos infección de prótesis incluso pasados años."

8.-El proceso degenerativo (gonartrosis) es reconocido por la propia reclamante en su escrito. Expone "El cuadro patológico de la exponente se habría agravado a medida que es intervenida en 2020 y sin que exista una estabilización de ésta, dado su limitación y el carácter degenerativo de su situación (...) "

Signos de artropoatía degenerativa también se envidencia en la rodilla derecha no intervenida como se recoge en gammagrafía de 2023.

9.-En cuanto a la evolución:

Previo a la primera artroplastia de rodilla izquierda el 8 de octubre de 2018 ya presentaba limitación en dicha rodilla.

Tras la primera cirugía: BA 0-120º.

Recibido tratamiento rehabilitador: BA 0-130º.

El 16 de julio de 2019 se describe: usa bastón para caminar, recordemos que lo hacía desde el año 2017.

El 16 de junio de 2020 (antes de reemplazo de prótesis de fecha 28 de septiembre de 2020): movilidad 0-95º, dolor al realizar flexoextensión, dolor fémoropatelar intenso, no eritema ni edema, marcha con dos bastones.

Aproximadamente 2 años después del reemplazamiento protésico, en agosto de 2022 presentó dolor y limitación, si bien no se objetivan signos inflamatorios locales de significado o fistulización y con correcto aspecto de la cicatriz quirúrgica.

El 16 de noviembre de 2022 deambula con dos muletas, recordemos que ya se describía en junio de 2020 antes de reemplazar la prótesis.

En fecha 2 de enero de 2023 Flexión > 90º, psoas y cuádriceps 4/5.

Tengamos en cuenta la evolución degenerativa también de la rodilla derecha no intervenida, el 1 de febrero de 2023 se diagnostica tendinopatía pata de ganso, lesión que suele acompañar a las rodillas artrósicas.

10.-Hace referencia la reclamante a gammagrafía ósea 28 de septiembre de 2022 " Dado el tiempo transcurrido desde la implantación protésica no podemos precisar si las alteraciones evidenciadas son secundarias al remodelamiento óseo normal o a un incipiente aflojamiento protésico, por lo que se recomienda control evolutivo en 6-12 meses".

Interpreta la reclamante este comentario como un estado anormal cuando en realidad se hace referencia a modelado óseo normal. De esta forma, consta en el DCI para reemplazo de prótesis en el apartado consecuencias seguras "para extraer la prótesis suele ser necesario extirpar parte del hueso que hay alrededor de la misma, o bien retirar de su sitio un fragmento del fémur que luego tendremos que fijar" al igual que se expresa en el DCI para colocación de la prótesis".

11.-Parece que en el escrito de reclamación se interpreta la aparición de otras patologías de la paciente como relacionadas con la evolución de su proceso de rodilla izquierda.

Además de no argumentarse tal relación, encontramos antecedentes en su HC de hipertensión arterial (años 2002, 2003); dislipemia (año 2005, 2006, cifras de colesterol en enero de 2007 de 273 mg/dl (120-220), tratamiento con simvastatina el 18 de octubre de 2010, 2 de noviembre de 2017 y 18 de julio de 2019; glucosa en enero de 2007 de 125 mg/dl (70-110), hipotiroidismo el 30 de octubre de 2018 y 12 de junio de 2019.

12.-Concluimos la ausencia de actuación contraria a la lex artis en relación al seguimiento de la patología de ambas rodillas de la reclamante tanto en la indicación de procedimientos, realización de los mismos y control.

Este servicio se adhiere a la información facilitada por el Servicio de COT "el seguimiento y diferentes tratamientos realizados han estado acorde a las circunstancias funcionales y grado de deterioro articular en cada momento, indicándose tratamiento artrosocópico y posteriormente implante de prótesis, dado el grado de artrosis y limitación funcional" (...) "Se han realizado estudios preoperatorios en estos procedimientos para descartar la existencia de un proceso infeccioso latente" (...) La complicación aflojamiento o infección de una prótesis de rodilla (...) no implica en sí mismo una mala praxis en la

actuación médica. Se trata de posibles complicaciones que quedan recogidas en las advertencias preoperatorias y que son aceptadas con la firma del Consentimiento Informado preoperatorio". (...) "No considero que en el tratamiento de (...) por la patología de su rodilla se haya incurrido en mala praxis por parte de los facultativos intervinientes".

Lo expuesto nos lleva a informar de forma negativa la pretensión de la reclamante».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 14 de junio de 2023 en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

- Con fecha 28 de junio de 2023, se requiere a la reclamante a fin de que subsane y mejore la reclamación formulada, presentándose, con fecha 27 de julio de 2023, la documentación requerida.

- Mediante Resolución de fecha 28 de junio de 2023 se acuerda la realización de actuaciones previas en el presente expediente consistentes en *«solicitar al Servicio de Inspección y Prestaciones informe, a la vista de la historia clínica del paciente, de la fecha de fijación de las secuelas o de la fecha del conocimiento cierto del alcance del daño. Ello a fin de que, posteriormente, el órgano instructor pueda valorar la posible prescripción de la reclamación».*

Solicitud que fue reiterada con fechas 15 de enero y 29 de mayo de 2024.

- Con fecha 21 de mayo de 2024 la reclamante presenta escrito con alegaciones y aportando determinada documentación.

- Con fecha 27 de junio de 2024 por la reclamante se aportan informes médicos.

- Con fecha 21 de agosto de 2024 por el SIP se emite informe en el que se expone lo siguiente:

«Se describe el 7 de febrero de 2017 dolor progresivo y limitante rodilla izquierda. RMN compatible con meniscopatía medial.

Se realizó el 26 de julio de 2017 artroscopia confirmando condropatía del cóndilo femoral interno y articulación fémoro patelar. (condropatía compartimento medial CFI PI III FP, rotura completa de LCA y meniscopatía degenerativa MI sin rotura). Se procede a descompresión anterior y brida.

Persiste el dolor en rodilla izquierda con gran limitación, marcha con bastón. El 12 de julio de 2018 por persistir severa incapacidad justificada por gonartrosis y dada la negatividad de las pruebas de despistaje de infección se indicia prótesis rodilla izquierda y se incluye en LEQ.

EL 8 de octubre de 2018 se realiza, en Hospital (...), derivada desde LE, no cupo, artroplastia total de rodilla izquierda.

Recibió tratamiento rehabilitador.

Continúa con dolor femoropatelar intenso. Se descarta mediante gammagrafía, 30 de julio de 2020, complicación séptica y se identifica aflojamiento de la prótesis de rodilla izquierda.

Se realiza recambio de prótesis el 28 de septiembre de 2020.

El 15 de enero de 2022 acude a su CS por contusión en pierna: Se cae en casa.

Persiste evolución tórpida de la prótesis de rodilla: Dolor y limitación, si bien no se objetivan signos inflamatorios locales de significado o fistulización y con correcto aspecto de la cicatriz quirúrgica. Se indica gammagrafía que, realizada el 28 de septiembre de 2022, se plantea que las alteraciones evidenciadas sean secundarias a remodelamiento óseo normal o a un incipiente aflojamiento protésico.

El 16 de diciembre de 2022 se realiza artrocentesis + toma de muestras artroscópicas de rodilla izquierda para estudio microbiológico y de anatomía patológica por sospecha de infección periprotésica. Resultan negativos los hallazgos de gérmenes en las muestras.

El 2 de enero de 2023 se describe que está contenta tras la cirugía, camina con una muleta. Puntos con buen aspecto, no signos de sobreinfección, no derrame. Flexión > 90º, psoas y cuádriceps 4/5.

Realizada gammagrafía ósea y SPECT CT, valorado en consulta de Traumatología el 5 de abril de 2023: Aflojamiento aséptico en compartimentos externos de ambos componentes de PTR izquierda.

Por tanto, abordaje de proceso de gonartrosis mediante prótesis de rodilla -8 de octubre de 2018- ha presentado complicaciones posteriores posibles e incluidas en el DCI constando como última fecha de control en el expediente 5 de abril de 2023».

- Mediante Resolución de la Secretaría General del SCS de 27 de agosto de 2024 se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

- Con fecha 27 de septiembre de 2024 por parte de Clínica (...) se presentó escrito de personación en el expediente de responsabilidad patrimonial.

- Con fecha 7 de octubre de 2024 se solicita al SIP la emisión de informe con relación a la asistencia sanitaria prestada, lo que es verificado con fecha 22 de

noviembre de 2024, remitiéndose, asimismo, Historia Clínica relativa a la asistencia recibida en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN); Historia Clínica de la Clínica (...); informe emitido por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del HUGCDN; Historia de Salud de Atención Primaria.

- Con fecha 13 de enero de 2025, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como prueba la documental.

- Con fecha 13 de enero de 2025, se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo a las interesadas un plazo de diez días a fin de que pudiesen formular alegaciones, aportar documentos y las justificaciones que tuviesen por conveniente.

- Con fecha 28 de enero de 2025 se presenta escrito en el que además de aportar documentación médica, solicita copia del expediente administrativo y señala que *«la cantidad solicitada por mi abogada es por los 10 años de mi vida que llevo entre operaciones y con muletas»*.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 24 de marzo de 2025 la reclamante presenta escrito comunicando la decisión de los facultativos del HUGCDN de ponerle una nueva prótesis, acompañando el documento de inclusión en lista de espera quirúrgica.

- Con fecha 4 de septiembre de 2025 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de*

2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*lex artis ad hoc*».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo*

que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se van a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando 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".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante tiene por objeto la asistencia médica que se le ha dispensado en relación con su patología de rodilla izquierda y que, a su juicio, considera que *«ha visto perjudicada seriamente su salud a raíz de distintas intervenciones médicas que finalmente han limitado su movilidad, y generada dependencia para la realización de las actividades domésticas (...) se le habría generado un cuadro de ansiedad reactivo e insomnio. Asimismo, se le diagnostica en la fecha indicada dislipemia y glucemia basal alterada. (...) Las patologías descritas, el retardo en la intervención del SCS y la praxis inapropiada, han resultado en la falta de movilidad evolutiva en la reclamante, hasta el punto de que actualmente está impedida en su movilidad».*

A pesar de tales manifestaciones, la reclamante no aporta material probatorio que sostenga su pretensión. Antes, al contrario, la Propuesta de Resolución, con base en los informes obrantes en el expediente, rebate tal pretensión.

A tales efectos, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, 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).

Pues bien, del expediente administrativo se extrae que la reclamante inicia su escrito de reclamación relatando un episodio de artritis séptica sufrida en el mes de abril de 2014, relacionando, además, la evolución de su rodilla izquierda y su situación actual con la intervención que le fue practicada en el año 2020.

Sin embargo, de los Historiales Clínicos obrantes en el expediente administrativo consta acreditada entre sus antecedentes de patología en rodilla derecha desde el año 2007 -condromalacia rotuliana-. En el año 2009, en artroscopia de rodilla derecha, se diagnostica condromalacia grado II y clínicamente dolor a la movilización de rodilla derecha sobre todo en los últimos grados de flexión. Incluso en la valoración por el Servicio de Reumatología de fecha 6 de abril de 2014, en relación al episodio de artritis séptica de rodilla izquierda, la reclamante refiere episodio prolongado de dolor y tumefacción postraumática de rodilla derecha realizándose drenaje articular en varias ocasiones, con mejoría.

Además, en contra de lo manifestado por la reclamante, es en el año 2013 -30 de agosto de 2013-, cuando se hace referencia por primera vez a la gonartrosis (artrosis de rodilla) moderada-severa de rodilla izquierda, que es una patología articular crónica, de tipo degenerativa y progresiva.

Este proceso degenerativo (gonartrosis) es reconocido por la propia Sra. (...) en su escrito de reclamación al exponer que *«El cuadro patológico de la exponente se habría agravado a medida que es intervenida en 2020 y sin que exista una estabilización de las mismas, dado su limitación y el carácter degenerativo de su situación (...)»*.

5. Siguiendo el orden cronológico de los hechos, la reclamante relaciona el proceso de artritis séptica padecido en el mes de abril de 2014 con una infiltración

con ácido hialurónico realizada el 4 de abril de 2014. Sin embargo, no consta en los Historiales Clínicos ni de Atención Primaria de la Sra. (...) quién realizó la infiltración en esa fecha. Tampoco la reclamante aclara este extremo, ni aporta prueba alguna que acredite la autoría de la infiltración, no existiendo evidencia alguna de que tal infiltración fuera realizada por los profesionales del Servicio Canario de la Salud, por lo que no se puede imputar tal responsabilidad a los mismos.

Además, el proceso de artritis séptica desarrollado sobre la rodilla izquierda -previamente diagnosticada de gonartrosis moderada-severa- fue tratado adecuadamente y conforme a la *lex artis*. A tal efecto, se realizó artroscopia de lavado, analgesia de tercer escalón y antibioterapia intravenosa con evolución y mejoría lenta y progresiva tanto de la clínica como en la analítica tras cuatro semanas de tratamiento, por lo que se decidió completar tratamiento antibiótico y analgesia a vía oral con buena respuesta clínica y analítica. Al alta la reclamante deambulaba sin ayuda con leve dolor.

6. Posteriormente, en el contexto de la gonartrosis de rodilla izquierda previamente diagnosticada, la reclamante manifestó su deseo de someterse a una artroplastia ante la persistencia de dolor en la rodilla izquierda -gonalgia-.

No obstante, previo a la artroplastia de rodilla izquierda y dados los antecedentes de la reclamante, el Servicio de COT solicitó con fecha 10 de mayo de 2016 gammagrafía ósea y marcadores séricos de fase aguda antes de plantear una nueva intervención, dando resultados negativos para infección, por lo que se solicitó estudio de imagen RMN en el que se objetivó meniscopatía y se indicó artroscopia que fue realizada el 26 de julio de 2017.

Esta patología ya constaba en sus antecedentes, apreciándose en la RMN de 20 de septiembre de 2013 de rodilla izquierda, en la que se manifestaba contusión del cuerno posterior del menisco interno, esguince grado I-II intrasustancia del fascículo posterior del ligamento cruzado anterior.

De lo expuesto, consideramos que la indicación de artroscopia y las pruebas realizadas se realizaron de forma correcta y oportuna, sin advertir retrasos injustificados, siendo la actuación médica adecuada.

7. En relación con la segunda intervención quirúrgica, consta en el expediente administrativo que en consulta del Servicio de COT de fecha 31 de octubre de 2017 se describe que persiste el dolor en rodilla izquierda con gran limitación, marcha con

bastón. Por tanto, previo a la primera artroplastia -reconstrucción de la articulación y prótesis- de rodilla izquierda, la reclamante ya presentaba limitación en la misma.

Precisamente la incapacidad secundaria a la gonartrosis derivó en la indicación de prótesis de rodilla en el año 2018. De esta forma, en fecha 12 de julio de 2018 se incluye en lista de espera quirúrgica (LEQ) *«por persistir severa incapacidad justificada por gonartrosis y dada la negatividad de las pruebas de despistaje de infección se indica prótesis rodilla izquierda y se incluye en LEQ. Firma DCI»*.

En relación con esta cirugía, la Sra. (...) señala en su escrito de reclamación que *«El 25 de julio de 2019 consta que durante 8 meses habría llevado un proceso para la colocación de prótesis izquierda con cultivos e intraoperaciones a Morganella morgani».*

Sin embargo, como afirma el SIP, tal expresión no es correcta. Previo a la realización de la artroplastia del año 2018 se realizó despistaje de infección. Además, de manera profiláctica en el quirófano se tomaron muestras para cultivo de la rodilla. Dados los antecedentes de la reclamante se empezó con protocolo antibiótico hasta la llegada de los resultados de la muestra. Se aisló posteriormente Morganella morgani que se trató con levofloxacino y tobramicina intravenosa durante dos semanas y luego cuatro semanas levofloxacino oral.

De manera que, conforme a los resultados del cultivo el abordaje fue adecuado, sin que en momento alguno en el postoperatorio hubiera signos de infección de la rodilla izquierda.

Además, la analítica de control solicitada el 11 de diciembre de 2018 resultó normal VSG 14, PCR<0,5, leucocitos normales. Volviéndose a solicitar analítica de control en julio de 2019 con resultado de normalidad PCR 0.6, VSG 11, procalcitonina 0,16, leucocitos normales.

Asimismo, tras esta cirugía el balance articular era de 0-120.º, y después recibido tratamiento rehabilitador el balance articular era 0-130.º.

Posteriormente, con fecha 16 de julio de 2019 se describe en la Historia Clínica que usa bastón para caminar, pero debemos recordar que ya hacía uso del mismo desde el año 2017. Asimismo, el 16 de junio de 2020 -antes del reemplazo de la prótesis de fecha 28 de septiembre de 2020-, presentaba movilidad 0-95.º, dolor al realizar flexoextensión, dolor fémoropatelar intenso, no eritema ni edema, marcha con dos bastones.

8. En el mes de junio de 2020 al referir la reclamante a los facultativos que la atendían movilidad dolorosa de rodilla, se indican pruebas complementarias a fin de

descartar posibles complicaciones como aflojamiento o complicación séptica, por lo que se solicitaron gammagrafía con Tecnecio y con leucocitos marcado y radiografía. De los resultados obtenidos en tales pruebas se excluyó nuevamente infección, pero sí se advirtió aflojamiento en la gammagrafía ósea, por lo que se acuerda practicarle un recambio de prótesis. La reclamante ingresó el 27 de septiembre de 2020 para recambio de prótesis por aflojamiento aséptico.

En relación con esta intervención se ha de señalar que el proceso de aflojamiento protésico está incluido en el documento de consentimiento informado (DCI) tanto para prótesis de rodilla, como para el recambio de ésta.

Así, en los DCI para artroplastia de 20 de septiembre de 2018 y para recambio o retirada de una prótesis articular de rodilla de 23 de septiembre de 2020 se hace constar como consecuencias seguras de la intervención: *«la prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuentemente en los pacientes más jóvenes o los más activos»*.

En relación con el DCI, se ha señalado insistentemente por este Consejo, desde el DCC 55/2014, que uno de los elementos de la *lex artis* es el documento de consentimiento informado personalizado, documento en cuya virtud el paciente consiente la intervención médica con los riesgos inherentes a ella, siempre que se haya realizado la actuación médica misma de conformidad con las reglas de la *lex artis ad hoc*.

La regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a *«la lex artis ad hoc»*, será asumida por el propio paciente.

Por tanto, el consentimiento informado constituye otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica, encontrándose regulado en los arts. 8 y siguientes de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, y respecto del cual la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos 136/2017, de 31 de julio, ha señalado:

«Debe también recordarse la doctrina sobre el consentimiento informado, y para ello es válida la cita de la STS Sala 3ª, sec. 4ª, S 7 de abril de 2011, rec.3483/2009 que recuerda que la falta de consentimiento informado constituye una infracción de la lex artis ad hoc, pero que para que la misma sea merecedora de indemnización se precisa que a quien la invoca se

le haya producido un daño antijurídico que no esté obligado a soportar. Pero, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (RCL 2002, 2650), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en el artículo 4 lo que denomina el derecho a la información asistencial y expresa en su número 1 que: "los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley" y añade en los números 2 y 3 de ese precepto que:" la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad", y que "el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle". Ese derecho se materializa en lo que se denomina consentimiento informado y del que se ocupa el artículo 8 de la Ley cuando dispone que "1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el art. 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente".

Es obvio, puesto que así expresamente lo afirma la Ley, que el consentimiento "será verbal por regla general", para añadir a continuación aquellos supuestos en los que esa regla cede ante la necesidad de que el consentimiento sea por escrito cuando se trate de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».

En el presente caso, los riesgos de aflojamiento y recambio de la prótesis estaban expresamente contemplados en el DCI como consecuencia segura de la intervención, esto es, no era un riesgo hipotético, sino que con seguridad se advertía a la reclamante que sería necesaria la sustitución de la prótesis.

9. Posteriormente, en el mes de agosto de 2022 la reclamante presentó dolor y limitación, si bien en la exploración no se objetivaron signos inflamatorios locales de significado o fistulización, apreciándose un aspecto correcto de la cicatriz quirúrgica. Sin embargo, el 16 de noviembre de 2022 la reclamante deambulaba con dos muletas, por lo que fue remitida a la Unidad de Dolor Crónico para recibir el tratamiento adecuado para mitigar el dolor.

En su escrito de reclamación hace referencia a la gammagrafía ósea de 28 de septiembre de 2022 que señala *«Dado el tiempo transcurrido desde la implantación protésica no podemos precisar si las alteraciones evidenciadas son secundarias al remodelamiento óseo normal o a un incipiente aflojamiento protésico, por lo que se recomienda control evolutivo en 6-12 meses», interpretándola la reclamante como si se tratara de un resultado anormal y contrario a la lex artis. Sin embargo, tal como expone el SIP, en la indicada prueba diagnóstica se hace referencia a un modelado óseo normal. En este sentido, consta en el DCI para reemplazo de prótesis de 23 de septiembre de 2020 en el apartado consecuencias seguras que «para extraer la prótesis suele ser necesario extirpar parte del hueso que hay alrededor de la misma, o bien retirar de su sitio un fragmento del fémur que luego tendremos que fijar».*

10. Por último, la reclamante imputa a la defectuosa asistencia sanitaria la aparición de otras patologías que relaciona con la evolución de su proceso de rodilla izquierda, como son ansiedad, insomnio, dislipemia y glucemia basal alterada.

Sin embargo, además de no acreditarse por medio probatorio alguno tal relación, en su Historial Clínico constan antecedentes de hipertensión arterial; dislipemia (año 2005, 2006, cifras de colesterol en enero de 2007 de 273 mg/dl), tratamiento con simvastatina el 18 de octubre de 2010, 2 de noviembre de 2017 y 18 de julio de 2019; glucosa en enero de 2007 de 125 mg/dl (70-110), hipotiroidismo el 30 de octubre de 2018 y 12 de junio de 2019. Por lo que no ha quedado acreditada la relación de causalidad de tales patologías con su proceso de rodilla, ni con la asistencia sanitaria dispensada por el servicio público de la salud.

11. Finalmente, debemos concluir que en el presente caso no ha quedado acreditada que la actuación de los profesionales sanitarios que han asistido a la reclamante tanto con relación al seguimiento de la patología de ambas rodillas, como en la indicación de procedimientos, realización de los mismos y control, sea contraria a la *lex artis*.

Y ello, por cuanto ha quedado probado que el seguimiento y los diferentes tratamientos realizados han estado acorde a las circunstancias funcionales y al grado de deterioro articular existente en cada momento, indicándose en un primer momento tratamiento artroscópico y posteriormente implante de prótesis, dado el grado de artrosis y limitación funcional. Además, Se han realizado los estudios preoperatorios necesarios en este tipo de procedimientos para descartar la existencia de un proceso infeccioso latente, a la vista de los antecedentes de la reclamante. Por otro lado, tal como hemos expuesto, la complicación de aflojamiento de una

prótesis de rodilla no implica en sí misma una mala praxis en la actuación médica, sino que se trata de consecuencias seguras derivadas de la intervención que quedan recogidas en las advertencias preoperatorias y que son aceptadas con la firma del DCI.

Además, tampoco ha quedado acreditado que haya existido un retraso en el diagnóstico y tratamiento de las patologías de la reclamante.

A la vista de lo expuesto, se puede concluir que la reclamante al firmar los DCI conocía, comprendía y aceptaba las intervenciones quirúrgicas, asumiendo de esta forma que podían presentarse riesgos o complicaciones. Complicaciones que, por otro lado, fueron adecuadamente resueltas por los servicios médicos, tal como ha quedado acreditado con la documental obrante en el expediente

Por tanto, el riesgo de que se produjeran las complicaciones que la reclamante ha experimentado no era un riesgo generado por el funcionamiento del servicio de salud sino de las consecuencias de la intervención, de lo que se le informó convenientemente, asumiéndolo la misma con su firma, lo que obliga a la perjudicada a soportar el daño, por lo que el perjuicio no es antijurídico y, por ende, no es indemnizable, ya que se considera que la asistencia se realizó, como se dijo, de acuerdo a la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria de la interesada al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.