



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y  
Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 2 de noviembre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 2 de octubre de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 4 de octubre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 936/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

**Primero.-** Mediante escrito registrado el día 27 de marzo de 2003 en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx, Dña. xxxxx formula una reclamación de responsabilidad patrimonial debido a la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh, al considerar que las secuelas que padece obedecieron a la mala práctica del equipo médico encargado de la intervención a la que tuvo que someterse.



**Segundo.-** Dña. xxxxx, nacida el 5 de febrero de 1929, es enviada por el especialista de cupo del Centro de Especialidades Periféricas ccccc al Servicio de Traumatología del Hospital de xxxxx para valoración de posible prótesis total por cadera izquierda displásica. En el volante de derivación también se hace mención a una lesión crónica en tobillo derecho.

La enferma es vista en consulta en el Hospital de xxxxx el día 4 de octubre de 1999, señalándose como diagnóstico coxartrosis bilateral. Como enfermedad actual se indica que padece dolor en ambas extremidades inferiores, sin poder calzarse o poner las medias y sin obtener mejoría en la cama. La paciente camina con dificultad pero no usa bastón. Valorado estudio radiológico se llega a la impresión diagnóstica de displasia de cadera izquierda, siendo prescrita la utilización de bastón bilateral y confeccionando ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica.

La paciente es derivada por el Hospital de xxxxx al centro concertado Hospital hhhhh. Se solicita un estudio preoperatorio consistente en pruebas analíticas y estudio ECG; estudio que es valorado por el anestésista, quien considera apta a la enferma para la intervención con un riesgo quirúrgico estimado de 1/5, siendo programada la intervención quirúrgica para el día 28 de febrero de 2000.

El día 26 de febrero de 2000 ingresa la paciente en el Hospital hhhhh. Al día siguiente se inicia pauta de profilaxis de tromboembolismo con fraxiparina y el día 28 de febrero de 2000 se interviene a la enferma, previa administración de quimioprofilaxis antibiótica con Kefol 2 g. En la intervención se implanta cótilo 46, vástago de 10 con cuello corto. En los comentarios quirúrgicos no se recoge ningún tipo de incidencia. De esta intervención constan documentos de consentimiento informado firmados por la paciente, tanto para la anestesia como para la artroplastia total de cadera; documentos estos últimos en los que, entre otros, se advertía del riesgo de lesión nerviosa, especificando la posibilidad de afectación del nervio ciático.

La evolución postoperatoria es favorable; se levanta la paciente el día 5 de marzo de 2000, comienza a caminar con bastones tres días más tarde y se le retiran los puntos el día 13 de marzo de 2000. Sin embargo, según un informe del especialista interviniente, en el postoperatorio inmediato se presenta dolor en extremidad inferior izquierda, fundamentalmente distal, con limitación de la fuerza flexora del pie izquierdo.



El día 14 de marzo de 2000 se produce el alta hospitalaria, con las indicaciones de caminar con bastones de descargar, hacer ejercicios con esa extremidad, tomar un comprimido al día de Fosamax y poner una inyección diaria de Clexane durante 10 o 15 días.

El día 18 de abril de 2000 es valorada de nuevo en el Hospital hhhhh. En esta consulta se realiza un estudio radiológico que se encuentra normal y se aprecia disminución de fuerza segmentaria del pie izquierdo para los movimientos de flexión dorsal y eversión del pie, prescribiéndose como tratamiento Núcleo CMP forte y continuar deambulando.

El día 16 de mayo de 2000 se vuelve a revisar a la paciente, persiste el dolor en la extremidad inferior izquierda desde la rodilla al pie, conservando la sensibilidad, y presenta limitación en la flexión dorsal y eversión del pie. Se solicita estudio de EMG e interconsulta con especialistas de rehabilitación, neurología y cirugía vascular.

La consulta con el especialista de cirugía vascular se realiza el mismo día en el Hospital hhhhh. En ella se valora la presencia de flujo en vena poplítea y femoral sin signos de tromboembolismo venoso profundo en los estudios de eco-doppler, considerando el proceso un problema de tipo neurológico. El día 13 de junio de 2000 se realiza la consulta con el especialista de neurocirugía del Hospital de xxxxx. En la exploración el lasègue es negativo bilateralmente, se aprecia paresia en la flexión dorsal del pie izquierdo e imposibilidad para ponerse de puntillas, caminando la enferma con la ayuda de dos bastones con cojera en pierna izquierda, los reflejos aquileos están abolidos y presenta hipoestesia en miembro inferior izquierdo. Se valora por el especialista el que la paciente se encuentra pendiente de estudio de EMG considerando que el dolor no es un claro dolor ciático solicitando estudio de TAC hasta obtener el EMG.

El estudio electromiográfico se realiza el día 4 de julio de 2000, en él se evidencia una neuropatía incompleta de intensidad severa del ciático común, siendo la afectación más acentuada para el fascículo interno (fascículo para el nervio tibial posterior) y en menor medida del fascículo externo (para el ciático poplíteo externo), aconsejándose control a los 3-4 meses. Este estudio es valorado en consulta de neurocirugía de fecha 24 de agosto de 2000, junto con el estudio de TAC lumbar en el que sólo se aprecia espondiloartrosis sin signos de compresión radicular. El juicio diagnóstico que se establece es el de lesión traumática de nervio ciático izquierdo prescribiendo tratamiento con Neurontin



400.

El día 26 de septiembre de 2000 se solicita nuevo estudio de EMG; éste se realiza el 7 de noviembre de 2000 y en él se concluye que persiste "(...) denervación aguda con actividad espontáneo denervativa en forma de ondas positivas y fibrilaciones en los músculos referidos. (...) Presencia de PUM de amplitud y/o de duración moderadamente aumentada en los músculos referidos. (...). Discreta mejoría en la conducción de los nervios ciático poplíteo externo y tibial posterior (...). Discreta-moderado aumento de la polifasia con sólo algunos polifásicos de reinnervación parcial colateral y en curso", siendo el resumen final del informe de presentar una discreta mejoría. Este informe se valora en consulta de fecha 9 de noviembre de 2000; consulta en la que se señala que clínicamente la paciente está mejor y que ha sido suspendido el tratamiento rehabilitador, programando el repetir el EMG a los 6 meses y valorar realizar más rehabilitación.

El 5 de febrero de 2001 se realiza un nuevo estudio de EMG en el que, como conclusión, se indica que se evidencian datos compatibles con neuropatía crónica del ciático común izquierdo de intensidad severa en estadio reinervativo, observando una discreta mejoría con respecto al estudio anterior. Se remite a la paciente a rehabilitación.

En consulta del día 14 de junio de 2001 se cuenta con el nuevo estudio de EMG en el que se evidencian datos compatibles con neuropatía del ciático común izquierdo, señalando la objetivación de una marcada mejoría con respecto al estudio anterior, que es más acentuada a nivel de N. tibial posterior y menor en el territorio de N. peroneal.

El día 4 de octubre de 2001 se consulta de nuevo a la enferma, se aprecia mejoría encontrando la cadera bien, el Aquileo izquierdo está abolido, la sensibilidad conservada y la flexo-extensión del pie limitada pero bastante mejor que anteriormente, indicando la paciente que presenta dolores en el pie.

La última consulta en el Hospital hhhhh se realiza el 2 de mayo de 2002. En la misma se señala que la enferma sigue refiriendo muchos dolores, apreciando en la exploración conservación de movilidad de cadera, rodilla y pie y de sensibilidad. En esta consulta se valoran los resultados del último EMG de fecha 3 de abril de 2002, en el que se señalan como conclusiones la evidencia de datos compatibles con una neuropatía incompleta del ciático común,



encontrándose afectado de forma severa el fascículo adducens (N. tibial posterior) y moderada el fascículo abducens (N. peroneal).

La última anotación que consta en la documentación clínica corresponde a una consulta domiciliaria realizada por el facultativo de atención primaria el día 7 de abril de 2003, en la que se indica que la enferma refiere tos y expectoración, encontrándose afebril, con auscultación cardiopulmonar normal, TA de 130/70 y faringe hiperémica, siendo la impresión diagnóstica la de catarro de vías altas. En esta consulta se señala en la historia que la enferma refiere dolor en extremidades inferiores pero desde hace meses sin que tome medicación alguna, caminando con bastón.

La paciente tenía reconocida, desde el 14 de febrero de 1996, un grado de discapacidad global de un 33% por el Equipo de Valoración y Orientación del Centro Base de xxxxx, por la presencia de limitación funcional en ambos miembros inferiores por osteartrosis localizada de etiología degenerativa, enfermedad de aparato digestivo por hernia de hiato de etiología idiopática y enfermedad de aparato digestivo por gastritis de etiología idiopática.

**Tercero.-** Mediante escrito con entrada en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx el día 27 de marzo de 2003, la interesada formula una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por considerar que las secuelas que padece obedecieron a una mala práctica. Considera que se debe a una "negligencia o mal arte del equipo médico que intervino en la misma, que tocó el nervio ciático cuando no debió hacerlo, siendo ésta una de la cautela que, en todo caso se debe tener presentes a la hora de practicar esta intervención" (sic).

**Cuarto.-** Al expediente se ha incorporado la historia clínica del citado hospital, así como los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe del Dr. bbbbb del Hospital hhhhh, de 8 de abril de 2003.
- Informe de la Inspección Médica, de 17 de noviembre de 2003.

**Quinto.-** Mediante escrito de 18 de noviembre de 2003 (notificado el 24 de noviembre), se concede el trámite de audiencia a la reclamante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos



de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos. No consta que durante el plazo concedido al efecto la interesada haya formulado alegaciones o presentado documento alguno.

**Sexto.-** El 4 de septiembre de 2006 el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

**Séptimo.-** El 14 de septiembre de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, es preciso señalar una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación se registró el 27 de marzo de 2003, hasta el día 4 de septiembre de 2006 no se dictó la propuesta de resolución, lo que necesariamente ha de considerarse



como una vulneración por parte de la Administración de los principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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 en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.



b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia 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.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, según el cual, "en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico,





a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En efecto, consta que el escrito de reclamación es presentado el 27 de marzo de 2003, esto es, antes de transcurrir un año desde el momento en que pueden considerarse determinadas las secuelas existentes, concretadas el 3 de abril de 2002 en el estudio neurofisiológico definitivo que le fue realizado

**6ª.-** La cuestión fundamental se centra en determinar si los daños sufridos por la reclamante traen causa del tratamiento que le fue dispensado y si tienen o no carácter antijurídico, haciendo surgir, en su caso, junto a los demás presupuestos, la obligación de reparar de la Administración.

En este sentido hay que señalar que la teoría de la *lex artis* constituye desde hace años un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, teoría que se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

Dicha teoría parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, 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 a 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.

En Sentencia de 4 de abril de 2000 el Tribunal Supremo señala que “el criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala que “aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.



Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* 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 es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso que nos ocupa, no existen en el expediente elementos probatorios que acrediten la existencia de una mala praxis médica en relación con la asistencia prestada a la reclamante.

La interesada presentaba una sintomatología consistente en dolor en pierna izquierda de predominio distal, alteraciones sensitivas e impotencia funcional en pie izquierdo, diagnosticada, tras la realización del estudio de EMG, de lesión incompleta del nervio ciático común izquierdo. La aparición de la sintomatología de esta lesión en el postoperatorio inmediato y su consideración como traumática pueden resultar elementos suficientes para justificar la existencia de relación de causalidad entre las dolencias referidas y la cirugía de artroplastia que le fue practicada.

Y ello, a pesar de lo señalado por el inspector médico en su informe, en el que afirma: "En el protocolo quirúrgico existente en la historia clínica no aparecen recogidos detalles técnicos sobre cómo se desarrolla la intervención lo cual hace imposible enjuiciar cómo se realizó la misma. Ahora bien, es de suponer que si no se recoge ninguna incidencia es porque las mismas no se presentaron durante la ejecución de la mencionada intervención. Por otra parte, la experiencia del cirujano, experiencia ampliamente reconocida para este tipo de intervenciones, justifica el que se suponga que la intervención se siguió siguiendo la técnica correcta. Además, en el seguimiento que se realiza a posteriori de la prótesis se comprueba la normalidad, tanto radiológica como clínica de la misma con lo que la técnica quirúrgica utilizada para su implantación ha tenido que ser correcta".



No obstante, y a pesar de no tener constancia de que existieran incidentes durante el desarrollo de la intervención quirúrgica, ello no impide considerar que las complicaciones y dolencias padecidas por la paciente sean inherentes a la práctica quirúrgica de artroplastia que se llevó a cabo. Precisamente uno de los riesgos que aparecen recogidos en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente es "la lesión o afectación de un tronco nervioso, con los consiguientes trastornos sensitivos y/o motores". En relación con este extremo, el informe de la Inspección señala en una de las conclusiones extraídas en el caso que nos ocupa que "la lesión nerviosa y concretamente la lesión del N. ciático es un riesgo típico de la cirugía de artroplastia de cadera, siendo una complicación que se presenta para este tipo de cirugía con una frecuencia que estima en torno a 0,7%-3,5%".

Por ello, no existiendo constancia de una mala praxis médica, y estando en presencia de uno de los riesgos típicos de la intervención a la que se sometió la paciente –del que, además, fue debidamente informada con anterioridad al momento en que prestó consentimiento, asumiendo las consecuencias derivadas de su posible actualización–, no puede concluirse que estemos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración. Y ello porque el daño sufrido por la paciente no puede calificarse de antijurídico, ya que asumió, a través de su consentimiento, los riesgos que llevaba implícitos la intervención que debió practicársele con el fin de conseguir la salvaguarda o restauración de su salud.

Por otra parte, hay que destacar el alcance limitado de las lesiones sufridas por la paciente, ya que en la revisión clínica que se realizó el 7 de abril de 2003 se constató, según indica el inspector médico en su informe, que la paciente refería "dolor en las extremidades inferiores aunque no toma medicación y camina con la ayuda de bastón".

Puede pues afirmarse que, en este caso, la conjunción de un riesgo no extraño a la intervención y la existencia de consentimiento informado respecto de aquél, determinan que el daño no pueda ser considerado como antijurídico.

En este sentido, el Tribunal Supremo, en Sentencia de 3 de octubre de 2000, a la que se refiere la propuesta de resolución, señala: "Cabe, pues, finalmente sentar la conclusión de que, aun concurriendo los requisitos de la existencia de una actividad administrativa que generó un perjuicio patrimonial indemnizable causalmente ligado a ella, el daño padecido debe ser soportado



por el perjudicado, pues la prestación realizada fue adecuada y aquél se debió a un riesgo inherente a la intervención quirúrgica según la ciencia médica, del que fue adecuadamente informado, el cual se produjo a pesar de haberse obtenido en la intervención un resultado satisfactorio de acuerdo con los conocimientos de dicha ciencia en su actual estado. Faltando, pues, el elemento de antijuridicidad del daño, y con ello, el título de atribución a la Administración, no puede apreciarse la concurrencia de responsabilidad patrimonial, pues basta para esta conclusión negativa con la ausencia de uno de los requisitos exigibles, aunque concurren los demás”.

Por tanto, en el supuesto dictaminado, este Consejo Consultivo comparte el sentido desestimatorio de la propuesta de resolución formulada por la Consejería de Sanidad.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.