



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero y
ponente

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 26 de enero de 2022, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 552/2021

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 14 de diciembre de 2021 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 22 de diciembre de 2021 se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 552/2021, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de este, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Herrera Campo.

Primero.- Dña. yyyy, de 49 años de edad en el momento de los hechos, contaba con antecedentes médicos relevantes de displasia de cadera derecha, que precisó intervención quirúrgica el 8 de junio de 1993, con retirada de material de osteosíntesis en mayo de 1997 y mejoría y revisiones anuales a partir de septiembre de 1997.

En julio y septiembre del año 2003, la paciente acudió a consulta por molestias en la cadera derecha. Presentaba ligera limitación de la rotación interna y buena movilidad. Se indicó tratamiento médico.

El 17 de junio de 2010 se retomó la atención en Traumatología por dolor de cadera derecha para el que tomaba antiinflamatorios no esteroideos. En la exploración presentaba atrofia muslo derecho, con acortamiento de 1 cm, rotaciones abolidas y flexo extensión normal. En el estudio radiográfico se apreció coxartrosis evolucionada de cadera derecha, y se indicó cirugía con prótesis total de cadera (PTC).

El 13 de agosto de 2010 fue intervenida en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx (CAU de xxxx), mediante artroplastia total no cementada en cadera derecha. La cirugía consistió en el implante de una prótesis total de cadera con cotilo de doble movilidad NOVAE, injerto óseo en techo acetabular y vástago femoral Apsis II. Con buena evolución clínica y radiológica, fue dada el alta hospitalaria el 17 de agosto siguiente. Consta en la historia clínica documento de consentimiento informado para PTC, firmado el 17 de junio de 2010, en el que figura la posibilidad de dolor residual en muslo, rigidez articular y aflojamiento o desgaste de los componentes que precisen recambio de prótesis, entre otras complicaciones.

Tras sucesivas revisiones anuales, desde la no realización de la prevista el 10 de abril de 2014 no constan más revisiones ni consultas de Traumatología en el Hospital hhhh de xxxx hasta el 2 de octubre de 2018.

En esa fecha fue vista en consulta externa del Servicio de Traumatología al que fue derivada tras acudir el anterior 18 de septiembre al Servicio de Urgencias del CAU de xxxx refiriendo dolor en rodilla derecha de tres meses de evolución.

Posteriormente, en consulta de Traumatología de 19 de octubre de 2018 se indicó a la paciente que tenía una prótesis que estaba en alerta sanitaria, con imagen radiológica de movilidad del vástago y posiblemente de cotilo. Con la finalidad de confirmar dicho diagnóstico se solicitó gammagrafía, que se realizó el día 1 de diciembre siguiente, constatando el aflojamiento protésico del vástago femoral. Se derivó a la paciente a la Unidad de Cadera.

El día 5 de diciembre de 2018 se firmó el documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica, que se efectuó el 7 de febrero de 2019, realizándose limpieza por metalosis intensa, extracción de vástago y cotilo que

estaban sueltos y con colocación de prótesis cementada. La paciente fue dada de alta hospitalaria el 11 de febrero de 2019.

Finalmente, se realizaron revisiones el 13 de marzo, 22 de mayo, 8 de julio y 4 de diciembre de 2019. El último informe refleja que la evolución fue favorable pero presentaba secuelas secundarias derivadas de las múltiples cirugías, por lo que debía evitar cargar pesos, posturas forzadas, correr y bipedestación prolongada.

Segundo.- El 15 de abril de 2019 Dña. yyyy presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración autonómica, por la supuesta deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en el CAU de xxxx, donde el 13 de agosto de 2010 fue intervenida para el implante en su cadera derecha de una prótesis de la marca qqq1, "marca que es sobradamente conocida era defectuosa y ha provocado múltiples problemas a los pacientes que se las ha implantado".

Manifiesta la reclamante "que desde el implante de la prótesis de cadera en la fecha referida ha tenido múltiples problemas, tales como tendinitis en rodilla, arrastrar la pierna derecha e innumerables dolores derivados, obviamente, de la referida prótesis defectuosa". Situación que motivó que el 7 de febrero de 2019 tuviera que volver a ser operada.

Afirma que "nunca fue avisada por la Seguridad Social de la existencia de prótesis de cadera defectuosas, aun cuando la propia Seguridad Social sabía de su existencia".

Incorpora a su reclamación diferentes informes médicos y fija la indemnización reclamada en 150.000 euros en concepto de daños físicos y morales por "la omisión y negligencia de la Seguridad Social".

Tercero.- Además de la historia clínica de la reclamante, al expediente se incorporan los siguientes informes:

- Informe de 3 de septiembre de 2019, emitido por el jefe de la Unidad de Cadera y Pelvis del CAU de xxxx.

- Informe de 22 de enero de 2020, emitido por el facultativo especialista del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del CAU de xxxx.

- Informe de responsabilidad patrimonial de 11 de febrero de 2020, emitido por la inspectora médica de la Gerencia de Salud de Área de xxxx.

- Informe médico pericial de 28 de febrero de 2020, emitido a instancia de la aseguradora de la Administración, realizado colegiadamente por dos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia el 28 de julio de 2020, con traslado al efecto del expediente, la reclamante no presenta alegaciones.

Con posterioridad, la paciente presenta dos escritos en los que solicita se proceda a emitir y notificar la resolución pertinente "a los efectos que a su derecho convenga" (17/11/2020 y 28/07/2021).

Quinto.- El 26 de noviembre de 2021 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Sexto.- El 1 de diciembre de 2021 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.

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.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en el título IV, "De las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común", de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (15 de abril de 2019) hasta que se formula

la propuesta de orden desestimatoria de la Consejería de Sanidad (26 de noviembre de 2021). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la LPAC, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- Concurren en la reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida LPAC. 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 de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, a la que se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, 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.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén 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 ad hoc* abarca no solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser este antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, 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.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración Sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual, "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, corresponde valorar si la asistencia prestada a Dña. yyyy se ha acomodado a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

Con carácter previo, conviene recordar que la reclamante, en los términos expuestos en los antecedentes de hecho, solicita una indemnización de 150.000 euros por los perjuicios derivados de una defectuosa prestación sanitaria, concretando el título de imputación a la Administración en una infracción de la

lex artis ad hoc por parte del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del CAU de xxxx, al que reprocha que no se realizaron revisiones de la prótesis total de cadera con cotilo de doble movilidad no cementado Nova e Evolution (empresa qqq2) y un vástago no cementado Apsis (empresa qqq1), que le fue colocada el 13 de agosto de 2010, y que resultó ser defectuosa.

Conviene recordar que el 7 de noviembre de 2014 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios emitió una alerta sanitaria sobre la marca qqq1. Esto permite a la reclamante deducir que la prótesis marca qqq1 que se le implantó era una prótesis defectuosa, circunstancia de la que considera que debió ser avisada por el parte del Servicio Público de Salud para su retirada.

Finalmente alega que la expresada prótesis implantada de la marca qqq1 le ha provocado múltiples problemas que han motivado una situación de incapacidad para el desempeño de su actividad profesional y de sus quehaceres diarios, y por lo tanto la imposibilidad de llevar una vida normal.

Sentado lo anterior, debe analizarse si los problemas y dificultades padecidos por la paciente son consecuencia de la prótesis de la marca qqq1 que le fue implantada en el año 2010, si ha sido informada de la citada alerta sanitaria y, finalmente, si prestó el consentimiento informado.

A) En cuanto a la relación de causalidad.

La paciente, entre sus antecedentes clínicos, padecía displasia de cadera, motivo por el que fue intervenida quirúrgicamente el 8 de junio de 1993, realizándose una osteotomía varizante, implantándose material que se extrajo cuatro años más tarde. Esta intervención facilitó que la paciente no precisase la colocación de una prótesis de cadera durante 17 años.

Estos extremos aparecen acreditados en el informe pericial de los dos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el que se manifiesta que "Se trata de una paciente con displasia de cadera, debido a lo cual es intervenida inicialmente en dos ocasiones. Se realizó una osteotomía varizante (una de las cirugías de elección) implantándose un material que se retiró 4 años más tarde. Gracias a dicha intervención, la paciente estuvo 17 años sin necesidad de una prótesis".

La expresada displasia de cadera aumenta el riesgo de aflojamiento, tal y como manifiesta el citado informe pericial, que dispone que "en relación a que la causa fuera la casa comercial (qqq1), no parece probable, puesto que ambos



componentes se encontraban aflojados, no solo el vástago y el acetábulo era de otra casa comercial. El cotillo (acetábulo) se había aflojado consecuencia de la reabsorción del injerto. El motivo del aflojamiento por tanto no puede deberse a la casa comercial puesto que en dicho caso se habría aflojado solo el vástago. La displasia de cadera es una patología muy compleja, con unas supervivencias de la prótesis menor que las implantadas en coxartrosis. (...) Por tanto, consideramos que la complicación es fruto de la enfermedad de base de la paciente y no de la empresa qq1, estando la misma adecuadamente informada de la misma de la posibilidad de aflojamiento, y que tanto el diagnóstico como el tratamiento realizado (recambio protésico) fueron adecuadamente ejecutados en tiempo y forma”.

La inspectora médica pone de manifiesto los buenos resultados de la prótesis implantada en el año 2010 (intervención de 13 de agosto), sin que consten consultas en Traumatología posteriores a 26 de abril de 2012, ni en Atención Primaria por patología osteomuscular de miembros inferiores hasta junio de 2018.

Al igual que el informe pericial, el informe de la inspectora médica señala que tanto la gammagrafía como la cirugía de recambio de PTC de 7 de febrero de 2019 confirmaron un aflojamiento de los componentes femoral (qq1) y acetabular (no qq1), aflojamiento que figura entre las complicaciones descritas en el consentimiento informado firmado por la paciente previamente a la cirugía, y que podía precisar una nueva intervención o recambio. En este caso, la cirugía de recambio obtuvo buenos resultados con limitaciones derivadas de la necesidad de no sobrecargar una articulación multioperada.

Explica la Inspectora Médica que “Entre las complicaciones a largo plazo de la cirugía protésica de cadera se cuentan: (...)

»Aflojamientos: que a su vez pueden producirse por la infección o la osteólisis o por otras causas como una escasa estabilidad de inicio, el diseño de la prótesis, la edad, el peso, o la actividad del paciente...

»Las principales causas de recambio protésico son el aflojamiento aséptico de la prótesis, la luxación y la infección intraarticular”.

Finalmente, el citado informe de la Inspección Médica concluye de manera firme que “No procede estimar la reclamación al no existir secuelas derivadas directamente de la antigua o de la nueva cirugía ni agravadas o promovidas por la ausencia de información debida al componente de la prótesis en alerta

sanitaria. El aflojamiento de la prótesis es un riesgo asumido en el consentimiento informado y la alerta sanitaria se dio 4 años después de la implantación”.

En este mismo sentido se pronuncia el informe del jefe de Unidad de Cadera y Pelvis del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del CAU de xxxx afirmando que “en este caso no creemos que el fracaso del implante se deba al tipo de prótesis, si no al desgraciado caso de una cadera displásica, multioperada previamente, que sufrió un aflojamiento de ambos componentes protésicos, no solo el de la casa comercial qqq1, debido a una reabsorción del autoinjerto”.

Por cuanto antecede, los informes citados acreditan y justifican, desde el punto de vista médico, que el nexo causal entre las molestias y problemas padecidos por la paciente no lo constituye la prótesis de la marca qqq1, que le fue implantada en el año 2010, sino las patologías previas detalladas que presentaba la reclamante.

La interesada no aporta prueba ni dictamen pericial que contradiga el contenido de los expresados informes, y ni siquiera discute el contenido de los mismos concedido el trámite de audiencia.

B) En cuanto a la falta de información alegada por la paciente.

Es cierto, y así se reconoce expresamente por la Administración, que respecto la marca qqq1 fue emitida una alerta sanitaria por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios el 7 de noviembre de 2014.

Resulta igualmente acreditado en el expediente administrativo que en consulta de Traumatología de 19 de octubre de 2018 se indicó a la paciente que tenía una prótesis que estaba en alerta sanitaria, con imagen radiológica de movilidad del vástago y posiblemente de cotilo.

Por lo expuesto, en primer lugar este Consejo considera excesivo el plazo empleado por la Administración en comunicar a la paciente que tenía implantada una prótesis en alerta sanitaria. No se ofrece en el expediente administrativo justificación alguna que motive ese retraso de casi cuatro años.

En segundo lugar, al contrario de lo que afirma la reclamante, fue informada en la citada consulta de Traumatología de 19 de octubre de 2018, y si bien, en los términos expuestos, esta dilación excesiva constituye una falta de diligencia evidente por parte de la Administración, no se ha acreditado sin

embargo que los daños y perjuicios sufridos por la paciente deriven de la expresada prótesis implantada de la marca qqq1.

En este sentido, es ilustrativo el informe del jefe de Unidad de Cadera y Pelvis del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del CAU de xxxx que señala lo siguiente:

“Las prótesis de cadera de la empresa qqq1 se dejaron de implantar en este Servicio en noviembre de 2014 a raíz de una alerta sanitaria emitida por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) con fecha 7 de Noviembre de 2014. En dicha alerta no figura en ningún apartado el término de ‘prótesis defectuosa’ si no, cito textualmente, que ‘se han puesto de manifiesto graves infracciones de la legislación de productos sanitarios, al estar fabricando sin la preceptiva licencia sanitaria de funcionamiento y estar comercializando productos que no se encuentran amparados por el certificado de conformidad CE que avala el cumplimiento de los productos con los requisitos establecidos en dicha legislación’.

»El fracaso de la prótesis implantada fue debido a un fracaso en la incorporación del autoinjerto que provocó el aflojamiento del cotilo (que no es de la empresa qqq1) y como consecuencia partículas de desgaste y metalosis que aflojaron también el vástago. Se puede apreciar la existencia de osteolisis en zonas 1,2 y 3 de Gruen”.

Por tanto, resulta probado que la paciente fue informada aunque fuera con retraso, que la causa que motivó los problemas no fue la prótesis defectuosa implantada, y que el fracaso en la incorporación del autoinjerto que provocó el aflojamiento del cotilo no era de la marca qqq1.

La reclamante no aporta indicios ni evidencia alguna que discuta estos extremos, ni ha presentado alegaciones en el momento procesal oportuno.

C) En cuanto al consentimiento informado.

El artículo 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, bajo la rúbrica condiciones de la información y consentimiento escrito, dispone lo siguiente:

“1.- El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:



»a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

»b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

»c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

»d) Las contraindicaciones.

»2.- El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente”.

La asunción de estos riesgos por parte del paciente dentro de su toma de decisión conlleva que las consecuencias de la intervención, mediando una praxis correcta como en este caso, deben recaer en el propio paciente y el daño debe considerarse jurídico. En estos términos se pronuncia la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina de este Consejo.

En relación con el presente caso, aparece justificado en el expediente administrativo que el 13 de agosto de 2010 fue intervenida la reclamante en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx, mediante artroplastia total no cementada en cadera derecha.

La cirugía consistió en el implante de una prótesis total de cadera con cotilo de doble movilidad NOVAE, injerto óseo en techo acetabular y vástago femoral Apsis II. Con buena evolución clínica y radiológica, fue dada el alta hospitalaria el 17 de agosto de 2010. Consta en la historia clínica documento de consentimiento informado para PTC, firmado el 17 de junio de 2010, en el que figura la posibilidad de dolor residual en muslo, rigidez articular y aflojamiento o desgaste de los componentes que precisen recambio de prótesis, entre otras complicaciones.

El informe de la Inspección Médica manifiesta que “el aflojamiento de la prótesis es un riesgo asumido en el consentimiento informado”.



En conclusión, tal y como de manera acertada reconoce la propuesta de orden, en el presente caso no se ha probado la infracción de la *lex artis* invocada, por lo que, coincidiendo con la Inspección Médica y con el informe de la aseguradora de la Administración, se concluye que no procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx.

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