

Expediente: 39/2008

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria

Dictamen: 36/2008, de 1 de septiembre

DICTAMEN

En Pamplona, a 1 de septiembre de 2008

El Consejo de Navarra, compuesto por don Enrique Rubio Torrano, Presidente, don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario, y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don Julio Muerza Esparza, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 12 de agosto de 2008 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Vicepresidente Primero del Gobierno de Navarra a través del que, en ausencia del Presidente y con cita expresa del artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por don ..., en nombre y representación de don ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 95/2008, de 31 de julio, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este

Consejo, así como escrito de la misma al Presidente del Gobierno para que, por su conducto, se formule la consulta.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito presentado el día 23 de noviembre de 2007 en el Registro General del Gobierno de Navarra y recibido el día 27 del mismo mes y año en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, don ..., en nombre y representación de don ..., formula reclamación de indemnización de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial del citado Servicio, por un importe de 300.000 euros, “por anormal funcionamiento de sus servicios sanitarios que llevaron al estado actual de daños y secuelas en que se encuentra”.

En dicho escrito se alegan sustancialmente los hechos que a continuación se relatan.

Don ... acudió a la Clínica ... “para recambio de prótesis de cadera derecha por dolor y limitación funcional, unido a signos radiológicos de aflojamiento de la prótesis”.

Fue intervenido por el doctor ... el día 21 de noviembre de 2006, “sin ser informado previamente de riesgos de la operación”.

“Durante la operación... se le causa una isquemia aguda en la extremidad inferior derecha y se le ingresa en la UCI de la propia “Clínica ...”, donde por la tarde, y dados los signos clínicos alarmantes que aprecia el médico de guardia, se le traslada al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital ...”.

Los médicos de este Servicio “le practican una arteriografía y se encuentran con que la arteria ilíaca externa derecha estaba ocluida como consecuencia de un traumatismo directo (obviamente causado durante la operación que se le acababa de practicar en la propia “Clínica ...”)”.

“Con carácter urgente y bajo anestesia general se le practica una operación quirúrgica de ligadura de vena ilíaca externa “que se encuentra traumatizada por el material de osteosíntesis que se había empleado en la operación que se le había practicado en la “Clínica ...”.

Conforme al propio juicio clínico del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica del Hospital ..., se trataba de una “lesión yatrogénica de arteria y vena ilíaca externa derecha”.

A raíz de esta “lesión yatrogénica, el reclamante lleva desde el día 21/11/2006, en que el doctor ... le lesionó la vena y la arteria ilíaca, de baja laboral, no siente parte de la pierna, y con plena seguridad, deberá ser intervenido quirúrgicamente en el futuro tantas veces como sea necesario”. Además, “nunca quedará igual que antes de la lesión”.

El reclamante acompaña a su reclamación el correspondiente poder para pleitos, informe de 13 de diciembre de 2006, del Servicio de Traumatología y Ortopedia de la Clínica ..., en el que se describe la intervención realizada, e informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica del Hospital ..., de fecha 5 de diciembre de 2006, con el juicio clínico de “lesión yatrogénica de arteria y vena ilíaca externa”.

Invoca los artículos 43 de la Constitución, que reconoce el derecho a la protección de la salud; 3.1, 6 y 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; 38.1.a) y b) del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social; 12.3 y 16. b) de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud; 106 de la Constitución y 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), sobre responsabilidad de las administraciones públicas; y, los artículos 1, 25, 26, 28 y 29 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Los daños y perjuicios causados al reclamante ascienden -a juicio de su representante- a la cantidad total de 300.000 euros.

Instrucción del procedimiento e informes

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación, fechada el 4 de diciembre de 2007, a don ... admitiendo a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, con número de expediente 8956/2007, nombrando instructora del procedimiento e informando al interesado que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución era de seis meses a contar desde el día 27 de noviembre de 2007.

Iniciada la instrucción, se solicitó a la Clínica ... copia de la historia clínica completa de don De la documentación clínica aportada cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos, a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- Paciente de 53 años que, como se indica en la propia reclamación formulada, acude a la Clínica ... “para recambio de prótesis derecha por dolor y limitación funcional, unido a signos radiológicos de aflojamiento de la prótesis”.
- Tal recambio, había sido propuesto por el doctor ... con fecha de 8 de febrero de 2006, momento en el cual se suscribe por el paciente el documento de “consentimiento informado para recambio o retirada de prótesis total de cadera”, en el que se describe la intervención (que “precisa de anestesia” y de posible “utilización de sangre y/o hemoderivados”) y se refieren sus posibles complicaciones, entre las que se cita la “hemorragia masiva por afectación de un gran vaso, que en algunos casos puede ocasionar la muerte” y el “dolor a nivel del extremo de la prótesis”. En el mismo documento, y tras señalarse las alternativas de tratamiento, se manifiesta que el paciente ha comprendido las explicaciones facilitadas, en lenguaje claro y sencillo, y que el facultativo le ha aclarado todas las dudas planteadas. Asimismo, que el consentimiento prestado puede ser revocado en cualquier momento, quedando el paciente satisfecho con la información recibida acerca del alcance y riesgos del tratamiento.

- Con fecha 20 de noviembre de 2006, por parte de la doctora doña ..., del Servicio de Anestesia y Reanimación de la Clínica ..., se emite informe en el que se señala que don ... puede ser anestesiado para llevar a cabo la intervención de recambio de prótesis. Obra asimismo en el expediente el correspondiente documento de “consentimiento informado” para la anestesia y de transfusión sanguínea, que aparece fechado, sin embargo, el 30 de noviembre de 2006. En el mismo se alude a que el paciente va a ser intervenido, que ha recibido explicación satisfactoria de qué son y cómo se realizan las anestesias y la transfusión de sangre y que da su consentimiento.
- Con fecha de 21 de noviembre de 2006, se realiza la intervención para el recambio de la prótesis y tras ella y ante la ausencia de pulso femoral se le deriva al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital ..., donde el mismo día 21 y con carácter urgente, se le somete a la intervención necesaria para la reparación de la lesión que se le aprecia en la arteria y vena ilíaca derecha, producida en la última intervención, mediante by-pass ilio-femoral derecho.
- Con fecha de 22 de noviembre de 2006, se refiere por el Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital ... que el paciente describía una oclusión de ilíaca externa derecha en relación con traumatismo directo, indicándose que se observó cómo el tornillo de anclaje del cotilo había dañado la vena y arteria femoral.
- En el informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica del Hospital ..., de 5 de diciembre de 2006, se describe la intervención realizada, consistente en la ligadura de la vena ilíaca externa derecha, traumatizada por material de osteosíntesis, la ligadura de la arteria ilíaca externa, también traumatizada y trombosada y la colocación de bypass íleo femoral derecho. Se incluye el siguiente juicio clínico: “Lesión yatrogénica de arteria y vena ilíaca externa derecha”.

- Con fecha de 24 de octubre de 2007, don ... es examinado por el Servicio de Traumatología del Centro de Consultas ..., donde se le diagnostican “secuelas dolorosas en cadera derecha secundarias a cirugía pierna repetida en dicha cadera”. Se le remite a la unidad de cadera para valoración de posibles tratamientos a realizar.
- El mismo Servicio, con fecha de 31 de diciembre de 2007, emite informe de consulta en el que se insiste en el juicio clínico de “dolor secundario a recambio de PTC cadera derecha más resolución de lesión de arteria y vena ilíaca derecha” y se recomiendan paseos.

Con fecha de 11 de febrero de 2008, y a instancias de la instructora del procedimiento, el doctor don ... emitió informe en el que señaló lo siguiente:

Paciente visitado en nuestro Servicio desde el 24 de septiembre de 1983, diagnosticado de “lumbociatalgia izquierda”.

“En 1984 fue diagnosticado de necrosis aséptica de cabeza femoral derecha. Se propuso intervención quirúrgica que se llevó a cabo el día 25.05.84 mediante foraje de cabeza femoral.

El día 22 de marzo de 1985 y debido a que la evolución no fue tan favorable como se esperaba, se procedió a realizar una artroplastia de cadera derecha con prótesis total tipo Emler-Zwemüler.

El 16.10.96, debido a presentar signos de aflojamiento del cotilo protésico, se procedió a recambiar el cotilo de Emler por otro de modelo Bicon Plus.

En el mes de febrero de 2006, el paciente refería dolor en la cadera derecha de varias semanas de evolución.

De los estudios practicados se puso de manifiesto signos de desgaste protésico con zonas de radiolucencia en trocánter mayor del fémur derecho.

El paciente llevaba 10 años de postoperatorio de la última intervención quirúrgica y durante este periodo había desarrollado su actividad laboral

como operario en una factoría de bicicletas con algunas dificultades en los últimos meses.

Se le propuso intervención quirúrgica para recambio protésico, incluyéndolo en lista de espera.

Los pormenores y la dificultad de la intervención, ya que se trataba de la cuarta intervención quirúrgica sobre la cadera derecha, le fueron explicados al paciente, que firmó el documento de consentimiento informado para el recambio de prótesis total de cadera el día 08.02.06”.

El día 21 de noviembre de 2006 –sigue el informe- fue intervenido quirúrgicamente, procediéndose al recambio total de la prótesis, “implantando un cotilo hemisférico con un tornillo de osteosíntesis autorroscante en fondo acetabular, previo relleno de dicho fondo con injerto óseo de banco y plaquetas. En fémur se implantó vástago de revisión Zwemüller con cabeza cerámica, añadiendo de nuevo injerto de banco con plaquetas en metáfisis femoral”.

“Se le trasladó al paciente a la sala de despertar y posteriormente, como en todos los enfermos sometidos a este tipo de cirugía, a la UCI.

Durante la estancia en ésta, a media tarde, se comprueban signos de isquemia en la EID, por lo que a criterio del médico de guardia, es trasladado al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital

En dicho Servicio... se le intervino quirúrgicamente... En dicha intervención se encontró traumatismo de la arteria y vena ilíacas externas por el material de osteosíntesis del cotilo protésico.

Se procedió a un By-Pass iliofemoral derecho en posición término terminal desde la arteria ilíaca externa”.

Tras ello, la evolución fue “satisfactoria”, “visité al paciente en varias ocasiones”, siguió una “evolución favorable presentando la extremidad intervenida buenos pulsos y aspecto normal” y se procedió a su traslado a la

Clínica ... el 5 de diciembre de 2006, donde “se pidió iniciar programa de rehabilitación funcional”.

“El día 14.12.06, con evolución favorable fue dado de alta de clínica para continuar tratamiento en su domicilio.

Posteriormente ha sido revisado en nuestra consulta los días: 31.01.07, 14.03.07, 09.05.07 y 06.08.07.

El estudio radiológico mostraba la artroplastia de cadera derecha correcta, y a principios de junio de 2007 se le autorizó a dejar un bastón.

En la revisión del 06.08.07 el paciente se encontraba bien y la marcha se realizaba sin claudicación.

El día 07.01.08 fue revisado finalmente. El paciente caminaba con normalidad. Presentaba un balance articular con una flexión de 140° y una ABD 45° en la extremidad intervenida. Refería molestias a lo largo de la extremidad derecha, que el doctor ...i las relaciona con la afectación de la vena safena (síndrome postflebítico).

Fue dado de alta, autorizándole hacer vida normal, evitando esfuerzos importantes y permanecer en bipedestación prolongadamente”.

Con fecha de 10 de mayo de 2008, se emite “dictamen médico” realizado por los doctores don ... y don ..., especialistas en Traumatología y Ortopedia, y por el doctor don ..., especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, en el que tras señalar que en la intervención realizada en el Hospital ... pudo comprobarse que el tornillo de anclaje del cotilo había dañado la vena y arteria femoral y que en ese acto quirúrgico se procedió a recortar el tornillo, dejándolo a ras de suelo, se efectúan una serie de consideraciones acerca de la alta frecuencia con la que se producen este tipo de lesiones en las intervenciones de recambios de prótesis, que están relacionadas “con gestos técnicos que son precisos y necesarios para conseguir la estabilidad de los implantes”. En este paciente –sigue el informe- “la lesión se produce por el tornillo que se aloja en la cavidad pélvica, hecho que hay que considerar como posible, puesto que en el

consentimiento informado está descrito como complicación, en forma de hemorragia de un gran vaso. Se diagnosticó la lesión adecuadamente y con las actuaciones que se realizaron se solucionó la complicación”.

En las conclusiones del informe se confirma que la “lesión yatrógena vascular de arteria y vena ilíaca externa, con hemorragia de grandes vasos” se originó en la cirugía del recambio de la prótesis, se precisa que esta hemorragia está especificada en el “Consentimiento Informado” y se manifiesta que “ha existido una praxis adecuada, según la lex artis”.

Con fecha de 20 de mayo de 2008, la instructora del expediente emitió informe en el que proponía la ampliación del plazo para resolver por un periodo de tres meses, lo que podía ser acordado por el órgano competente para resolver, el Director Gerente del Servicio Navarro de Saludo-Osasunbidea.

No consta en el expediente, sin embargo, esta resolución ampliatoria del plazo.

Trámite de audiencia

Conferido trámite de audiencia al reclamante, conforme a lo previsto en el artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) y el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial , se concedió un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase pertinentes, sin que hiciera uso de tal facultad.

Propuesta de resolución y acuerdo de suspensión del plazo de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de fecha 1 de julio de 2008, de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don ..., en nombre y

representación de don ..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Por último, la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea resolvió el 1 de julio de 2008 suspender el plazo para resolver “hasta que se reciba el informe del Consejo de Navarra”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios presentada por don ..., en nombre y representación de don ..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios. Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes: solicitud de informes necesarios, audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Por lo que respecta a la tramitación del presente procedimiento, ha de precisarse que no consta en el mismo la resolución de ampliación del plazo del órgano competente para resolverlo. No obstante ello, y como quiera que el transcurso del plazo de seis meses establecido en el artículo 82.2 de la LFACFN para resolver el procedimiento no lleva consigo la caducidad del expediente, sino que con ello se faculta al interesado para entender desestimada su petición, tal y como dispone el artículo 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, puede adoptarse por la Administración la resolución que se estime oportuna.

Se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al reclamante, constando además los informes emitidos por los distintos servicios médicos intervinientes en las operaciones llevadas a cabo al paciente, así como el dictamen de los especialistas, doctores ..., ... y

Se ha respetado, además, el principio de audiencia y el derecho de defensa que corresponde al reclamante otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Prevista en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario

en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la LRJ-PAC, parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, según cuyo tenor, los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión, dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

II.3ª. En particular, causalidad e imputación objetiva del daño. El consentimiento informado

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (por ejemplo, dictámenes 33/2003, de 5 de mayo, 8/2006, de 20 de marzo, 26/2006, de 11 de septiembre y 36/2007, de 1 de octubre), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de

objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002). Así mismo, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será 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.

En el presente caso, la reclamación tiene su fundamento en lo que se considera un anormal funcionamiento del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en la atención a don ..., producida en la intervención quirúrgica a la que fue sometido, sin haber sido previamente informado de sus riesgos y como consecuencia de la cual se le produjo una lesión yatrogénica en la vena y arteria ilíaca derecha, que dio lugar a una nueva intervención reparadora y a la aparición de determinadas secuelas que, únicamente, se describen como falta de sensibilidad en la pierna.

Como advierte la STS (Sala Primera) de 10 de mayo de 2006, el deber de información integra una de las obligaciones asumidas por los médicos, y es requisito previo a todo consentimiento. Se trata –afirma– de que el paciente participe en la toma de decisiones que afecten a su salud y de que, a través de la información que se le proporciona, pueda ponderar la posibilidad de sustraerse a una determinada intervención quirúrgica, de contrastar el pronóstico con otros facultativos y de ponerla en su caso a cargo de un centro o especialistas distintos de quienes le informan de las circunstancias relacionadas con la misma. “La falta de información –continúa el TS– implica una mala praxis médica” que no sólo es relevante desde el punto de vista de la imputación, sino que es además una consecuencia que la norma procura que no acontezca, para permitir que el paciente pueda

ejercitar con cabal conocimiento el derecho a la autonomía decisoria más conveniente a sus intereses, que tiene su fundamento en la dignidad de la persona. No puede aceptarse –concluye esta sentencia- que en los casos en que no es posible optar por otra alternativa distinta al tratamiento, queda enervada la obligación de informar y obtener el consentimiento informado previo a la intervención pues la actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a su salud.

El defecto de consentimiento informado –sostiene la sentencia de la sección sexta de la Sala Tercera, del Tribunal Supremo de 20 de septiembre de 2005-, se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario que da lugar a la indemnización correspondiente cuando de la actuación del servicio público sanitario derivan secuelas de cuya posibilidad no fue informada la paciente (en el mismo sentido, entre otras, SSTS 2 de octubre de 1997, 3 de octubre de 2000 y 4 de abril de 2006).

La regulación del consentimiento informado se ha visto reforzada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Su artículo 2.2 establece: “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos por la Ley”. Por su parte, el artículo 8, bajo la rúbrica de “consentimiento informado”, manifiesta en sus tres primeros apartados: “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 artículo 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... 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo...” Y, el artículo 9.2.b), en relación con los límites del consentimiento informado, precisa, que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas

indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

A la Ley anterior, que tiene condición de básica -según su disposición adicional primera-, en Navarra se debe añadir la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos de los pacientes a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, cuyo artículo 7 -bajo el epígrafe “El consentimiento informado”- preceptúa que “cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada... Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas...”. Y, su artículo 8.1 b), precisa: “Son situaciones de excepción a la exigencia general del consentimiento que permiten realizar las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud de la persona afectada: (...) b) Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento no es posible conseguir la autorización de éste o de personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho”.

En el caso presente, y contrariamente a lo manifestado en la reclamación formulada, don ... suscribió el correspondiente documento de consentimiento informado para el recambio o retirada de la prótesis de cadera, manifestando que estaba satisfecho con la información recibida, que comprendía el alcance y los riesgos del tratamiento y que consentía que se le realizase el recambio o retirada total de la prótesis.

En el informe del doctor don ..., de 11 de febrero de 2008, se insiste en que “los pormenores y la dificultad de la intervención” le fueron explicados al paciente.

Como hemos señalado anteriormente, en el documento de consentimiento informado suscrito, se describió la intervención y se refirieron

sus posibles complicaciones, hemorragia masiva por afectación de un gran vaso y dolor, entre ellas.

Además, en ese mismo documento, se indicó que “la intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia, el cual la adaptará a sus características personales” y que era posible que “durante o después de la intervención” fuera necesaria “la utilización de sangre y/o hemoderivados”. Precisamente para esa anestesia y transfusión sanguínea se firma con posterioridad y a tales efectos, un nuevo consentimiento informado que, efectivamente, tiene fecha posterior (30 de noviembre de 2006) a la operación llevada a cabo el 21 de noviembre de 2006, si bien en el mismo se habla de la futura intervención y se reconoce haber recibido, de forma satisfactoria, las explicaciones oportunas.

Se trate o no de un error en la datación del documento (es el 20 de noviembre cuando el paciente es visitado en el Servicio de Anestesia y Reanimación), han de tenerse en cuenta varias circunstancias. La primera, que por parte del reclamante no se pone en tela de juicio la existencia de este consentimiento informado, toda vez que únicamente se habla de la falta de información sobre los riesgos de la operación. La segunda, que ya en el documento de consentimiento informado suscrito el 8 de febrero de 2006 se indicaba que la intervención precisaba de anestesia y, posiblemente, de transfusión sanguínea o de hemoderivados. Finalmente, que ninguno de los daños que se dicen producidos tiene relación ni con la anestesia, ni con la transfusión de sangre.

Por todo ello, no consideramos trascendentes las posibles irregularidades que, en su caso, pudieran existir en el documento de consentimiento informado de anestesia y transfusión.

Dicho esto, hemos de precisar con la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de mayo de 2006 (recurso contencioso-administrativo número 896/2003) que “como pone de manifiesto reiterada Jurisprudencia, la existencia del mismo (consentimiento informado) no integra una patente de curso que permita descuidar el deber de diligencia que incumbe al facultativo al que le corresponde desarrollar una correcta

praxis médica, especialmente cuanto el daño no es inherente o consustancial a la intervención, ni consecuencia obligada de la misma so pena de consagrar la irresponsabilidad de la Administración por la razón de haber informado genéricamente al paciente de los riesgos”.

Por tanto, no basta con señalar que la posible complicación producida en la intervención ya estaba considerada en el documento de prestación del consentimiento informado, sino que habrá que examinar si la intervención se realizó conforme a la “*lex artis*”.

A la vista de lo expuesto es necesario acudir al contenido del dictamen médico aportado al expediente, ya que el reclamante no ha presentado ningún informe técnico.

Conforme al dictamen médico de los doctores ..., ... y ... fue, efectivamente, el tornillo de anclaje del cotilo el que dañó, en la operación de sustitución de la prótesis llevada a cabo, la vena y arteria femoral; pero –y no disponemos de ningún otro informe médico que manifieste lo contrario- se trata de una lesión relacionada con “gestos técnicos que son precisos y necesarios para conseguir la estabilidad de los implantes”, esa complicación “se solucionó” con la intervención posterior y “ha existido una praxis adecuada, según la *lex artis*”.

A todo ello ha de añadirse que las secuelas dolorosas a las que se alude en los informes del Servicio de Traumatología del Centro de Consultas ..., de fechas 24 de octubre y 31 de diciembre de 2007, o la falta de sensibilidad a la que se refiere el reclamante, no aparece acreditado en qué medida se deben a la lesión yatrogénica padecida por el paciente, ni si aquellos dolores son distintos a los que ya se padecían antes del recambio de la prótesis.

En definitiva, nos encontramos ante una falta total de prueba, que no permite desvirtuar lo dictaminado por los doctores ..., ... y

No cabe, por tanto, imputar ningún daño o secuela a la actuación de los servicios médicos de la Administración Sanitaria, que debe entenderse que

actuaron conforme a las pautas establecidas que conforman en este caso la *lex artis ad hoc*. No se da, en definitiva, nexo causal para que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios.

III. CONCLUSIÓN

La reclamación formulada por don ..., en nombre y representación de don ..., debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.