

En Logroño, a 27 de septiembre de 2010, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

74/10

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a. A. A. S., por los daños y perjuicios, a su juicio, derivados, de la asistencia recibida en el Servicio Riojano de Salud.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 27 de agosto de 2009, registrado de entrada en el Servicio de Atención al Paciente el día inmediato siguiente, D^a. A. A. S., presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, que se fundamenta en la siguiente narración de hechos:

-Con fecha 20 de febrero de 2009, interpuse una queja ante el Servicio de Atención al Paciente por la negligencia médica que sufrí durante la intervención quirúrgica (Osteonecrosis cabeza 2º MTT pie izquierdo) y en la posterior rehabilitación. En dicho escrito de queja, describía la negligencia sufrida y las diversas irregularidades habidas a lo largo de dicha intervención, por lo que, en aras de brevedad, me remito al mismo, el cual acompaño como Doc. nº 1 adjunto (véase que en dicho escrito no se cuantificaba el importe de la reclamación por no poder concretarlo todavía al estar inmersa un proceso de rehabilitación y ser imposible calcular la cuantía total de daños y perjuicios.

-A fin de acreditar lo expuesto en mi escrito de queja, adjunto acompaño la siguiente documentación: i) parte de inclusión en lista de espera quirúrgica en Traumatología, de fecha 8/05/08, en el que se describe que la anestesia será regional y no total (Doc. Nº2); ii) hoja circulante

en la que se describe el planning de la operación realizada, así como todos los intervinientes en la misma, en la que aparece el Dr. G. (Médico que elegí), (Doc. N° 3) y iii) informe de Alta Hospitalización (Doc. N° 4), véase que en el mismo, en el apartado de “recomendaciones terapéuticas”, no se hace mención alguna a la rehabilitación.

-Posteriormente, con fecha 17 de marzo de 2009, recibí respuesta a mi queja en la que, simple y llanamente, me requieren que presentase la reclamación en un formato predeterminado (vulnerando de esta forma mi derecho de libertad formal a la hora de presentar escritos ante la administración en virtud de lo establecido en la Ley 30/92) y solicitando que cuantificase la reclamación e indemnización pretendida. Adjunto acompaño dicha respuesta como Doc. N° 5

-A raíz de la presentación de mi queja formal, fui citada en el Servicio de Salud a fin de comenzar con la rehabilitación a cargo de la Seguridad Social, siendo citada el día 24 de abril de 2009 en el Centro de Alta Resolución, con la Dra. L. Adjunto acompaño “Hoja de Cita” en el Servicio de Rehabilitación como Doc. N° 6.

-A fecha de hoy, acabo de finalizar mi rehabilitación en el CARPA, puesto que la Dra. L. me informa de la imposibilidad de mejora.

-A la vista de lo anterior, paso a desglosar los daños y perjuicios que me ha ocasionado la negligencia de este Servicio de Salud, tanto personales como patrimoniales y a aportar las facturas acreditativas de los mismos:

-Daños patrimoniales (Doc. Conjunto n° 7): - Ortopedia O.-R. 27,50 €; C. de F. P. y S. (700 €); C. L. M. (Estudio digitalizado de la marcha y plantillas, 214,03 €); A. T., S.L.P. (70 €). total daños patrimoniales: 1.011,50 €.

-Secuelas e Incapacidad Temporal: i) secuela (rigidez en flexión dedo pie) 2 puntos: 1.251,68 €; ii) 283 días no impeditivos a razón de 28,65/día: 8.107,95 €; iii) total secuelas e incapacidad temporal: 9.359,63 €

-Indemnización total reclamada: 10.371,13 € la anterior liquidación se ha efectuado conforme a la Resolución de 20/01/09 BOE 2/02/2009). En la presente indemnización no se ha incluido ni el factor de corrección ni el interés legal correspondiente, reservándome el derecho a reclamarlo si me veo obligada a acudir a la vía judicial”.

Segundo

Mediante Resolución del Secretario General Técnico de la Consejería, de 14 de octubre de 2009, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 11 de septiembre, y se nombra Instructora del procedimiento.

Por carta de fecha 19 de octubre, se comunica a la interesada la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Tercero

Mediante comunicación interna del día 19 de octubre, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada a la interesada; una copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; en particular, informe de los Facultativos intervinientes en la asistencia.

Cuarto

Mediante escrito de 14 de diciembre de 2009, la Gerencia de Área remite a la Secretaría General Técnica la documentación solicitada, que incluye la historia clínica de la paciente y sendos informes de Dres. G. F., M. G. y G. M.

Quinto

Con fecha 22 de diciembre de 2009, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe.

Sexto

El Informe de Inspección, de fecha 8 de enero de 2010, establece las siguientes conclusiones:

“1.- D^a A. A. S. fue intervenida quirúrgicamente del pie izquierdo el día 17 de noviembre de 2008; previamente, había dado su consentimiento para la intervención, así como para el procedimiento de anestesia.

2.- Sobre el procedimiento quirúrgico en sí mismo, no hay ninguna evidencia documental de complicaciones durante el mismo. Tampoco se han encontrado evidencias de conducta negligente durante el mismo.

3.- Es cierto de que el procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia general y es igualmente cierto que el impreso de consentimiento de inclusión en lista de espera quirúrgica estipulaba que el tipo de anestesia sería “regional”. Sobre este particular cabría precisar:

-En primer lugar, que resulta difícil de explicar el que la reclamante se enterase de este hecho “tras la operación, concretamente dos meses después de la misma” como afirma en su escrito de reclamación. Los procedimientos de anestesia local y de anestesia general son radicalmente distintos y el paciente está consciente en el momento da iniciarse dichos procedimientos.

-Por otra parte, la paciente conocía su derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para ser anestesiada, información ésta presente el consentimiento informado firmado el día 28 de

julio de 2008. Se da además la circunstancia de que la elección de anestesia general está en este caso justificada. El Dr. G. F. explica en su informe (folios n° 22 y 23 del expediente):

“La cirugía iba a ser corta, unos veinte minutos previstos y ello era poco tiempo para plantear una cirugía epidural. La local pura hubiera sido muy molesta para la paciente, pues en estos casos hay que trabajar con el manguito de isquemia y no hubiera aguantado la isquemia tanto tiempo, como suele suceder en casos de isquemias más allá de 8-10 minutos. La operación duró 22 minutos”.

-Finalmente, no se ha encontrado ningún indicio de que la elección de este tipo de anestesia haya resultado en un daño para la paciente

4.- La intervención quirúrgica la llevó a cabo el Dr. G. F.. Sobre este particular y sobre el hecho de que no fuera el Dr. G. quien operara a la paciente, es de comentar que, como indica el Dr. M. G. en su informe en calidad de Jefe de Servicio de Traumatología (folio n° 24 del expediente), no se está obligado a que la operación la realice el Médico que atendió al paciente en Consulta Externa, si bien es la política del Servicio el que esto sea así. Sucede además que, como informa el Dr. G. F.; (que):

“Aunque estaba previsto que la operara el Dr. G., que la vio en consulta, ese día este Cirujano estaba operando en otro quirófano con una intervención que se alargó más de lo previsto, por lo que, para evitar dejar a la paciente sin operar, se me pide, por favor, que la opere yo, y me presto voluntario para dar solución a este problema. Antes de pasar a quirófano a la paciente, en la sala de preparación me acerco a saludarla y ver el pie. Le comento lo que ocurre y la paciente se manifiesta disgustada pero, ante la posibilidad de tener que dejar la cirugía para otro día, consiente en que la opere yo. Le explico lo que tengo que hacerle y el mal resultado posible como suele ser frecuente en esta patología. Nuevamente, quiero señalar que, analizado el caso detenidamente, no he encontrado evidencia alguna de que este cambio de Cirujano, que en ningún caso supone una negligencia o un funcionamiento erróneo del Servicio de Traumatología, haya sido causa de daño alguno para la paciente.

5.- En el momento de ser dada de alta, a D^a A. A. S., se le hace, entre otras, la siguiente recomendación: “1. Caminar en 48 h con calzado ancho que no roce la zona operada”. Es cierto que en el informe de alta no se menciona expresamente el término “Rehabilitación”; sin embargo, y volviendo nuevamente al informe del Dr. G. F.:

“En las indicaciones postquirúrgicas, amen de tratamiento médico, se le indica caminar a las 48 horas. La mejor RHB del pie es la marcha, como lo ha demostrado la experiencia con la cirugía de juanete, dedos en martillo y la más moderna de la cirugía percutánea, donde se le indica al paciente comience a caminar desde el primer día, a pesar de tener en ocasiones varios metatarsianos y falanges operadas.”

6.- Es cierto que D^a A. A. S. es derivada al Servicio de Rehabilitación del SERIS, donde se le indica tratamiento con onda corta y ultrasonidos, pero dichos tratamientos van orientados a paliar el cuadro inflamatorio que presenta la paciente. No hay ninguna evidencia de que un posible retraso en ser atendida por dicho Servicio haya resultado en un daño para la paciente, máxime, cuando está documentado en el expediente que la paciente ya recibía rehabilitación de forma privada desde el mes de enero de 2009”.

Concluye el informe de la Inspección afirmando que:

“En consecuencia, y teniendo en cuenta que el tratamiento médico-quirúrgico se aplica sobre la base de un contrato de medios y no de resultados, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario.”

Séptimo

Obra a continuación en el expediente el dictamen médico emitido a instancia de la Aseguradora, de fecha 5 de febrero, que concluye:

“1 Dª A. A. S., de 56 años y profesión no recogida en la documentación analizada, fue diagnosticada de una secuela de necrosis de la cabeza del 2º metatarsiano del pie izdo. Consiste, según el estudio radiográfico adjunto a la historia clínica, en una artrosis metatarsofalángica secundaria a una enfermedad de Freiberg (necrosis idiopática juvenil de la cabeza del metatarsiano).

2. Tras el fracaso de medidas terapéuticas conservadoras, se indicó la realización de una queilectomía (limpieza de osteofitos y superficies articulares irregulares) de la 2ª articulación metatarsofalángica del pie izquierdo, en consonancia con el criterio de la mayoría de los autores consultados, Para ello, firmó el correspondiente consentimiento informado para cirugía y anestesia.

3. Es cierto que, en el documento de inclusión en lista de espera, consta que el tipo de anestesia propuesto por el Cirujano es regional. No obstante, la última decisión sobre el tipo de anestesia debe ser tomada por el Anestesiólogo. En este caso, la elección de una anestesia general, es la más adecuada por las características de la intervención y su realización en un Servicio de Cirugía mayor ambulatoria. La utilización de una anestesia espinal no sería una elección adecuada, al tratarse de una intervención de una duración aproximada a los 20 minutos, demasiado corta para este tipo de anestesia. Además, la anestesia espinal obligaría a una estancia postoperatoria en la Unidad de Recuperación demasiado larga para un paciente ambulante. Por el contrario, la anestesia local sería insuficiente para una cirugía de esta duración y que precisa isquemia preventiva (vaciado de la sangre del segmento anatómico a operar, mediante expresión sanguínea retrógrada y bloqueo arterial por manguito neumático). La isquemia es muy mal tolerada con anestesia local, ya que la ausencia de oxígeno en los tejidos, produce un intenso dolor a los pocos minutos de su instauración.

4. La intervención fue llevada a cabo según el plan previsto y sin complicaciones. La paciente reclama el que fuera realizada por un Cirujano diferente al que le habla diagnosticado y estaba previsto que le operara. En el sistema público de salud, no está recogida la obligación de que sea el mismo Cirujano que diagnostica el que efectúe el gesto quirúrgico. De hecho, en la mayoría de hospitales, la tendencia es esa, pero, por el funcionamiento jerarquizado de los Servicios, no es posible asegurar a ningún paciente, qué Cirujano va a operarle. En esta ocasión, y aunque no había obligación de hacerlo, el Cirujano encargado de la intervención (Dr. G. F.), por imposibilidad física del Cirujano previsto (el Dr. G. estaba operando en ese mismo momento en otro quirófano), le comunicó el cambio a la paciente, ofreciéndole la posibilidad de posponer la intervención para que pudiera ser operada por el Dr. G., La paciente consintió en el cambio de cirujano y debemos recordar aquí que el consentimiento informado para cirugía puede ser revocado en cualquier momento por el paciente, incluso dentro del quirófano. Debemos destacar que el Dr. G. F. está perfectamente acreditado para la realización de este tipo de intervenciones,

5. *Tras la intervención, sin complicaciones y con buena evolución inmediata, la paciente es dada de alta el mismo día de la intervención, con el consejo de comenzar a caminar en 48 horas con un calzado ancho que no roce la zona operatoria. En este tipo de intervenciones, la movilización articular, sobre todo la flexión dorsal de las articulaciones metatarsofalangicas se consigue mediante la realización de la marcha, Otros gestos rehabilitadores, como la kinesiterapia pasiva asistida, masoterapia, hidroterapia, termoterapia, crioterapia o electroterapia deben dejarse para un momento en que el proceso inflamatorio agudo haya pasado y se haya producido la curación de partes blandas y en el caso de que la movilidad se encuentre limitada, tras la realización de los ejercicios autorizados, En este caso, tras la primera revisión, el Dr. G. y el Dr. G. F. consideran que la limitación de movilidad puede mejorar con la ayuda del Servicio de Rehabilitación por lo que envían a la paciente a dicho Servicio, que comienza inmediatamente el plan de rehabilitación. Debemos destacar que la presencia de rigidez articular tras este tipo de intervención, y así lo recoge el documento de consentimiento informado y la literatura mundial, está dentro de los parámetros de lo habitual, ya que se trata de una intervención paliativa sobre una articulación muy degenerada desde el punto de vista condral, y el resto de alternativas terapéuticas suelen dar peores resultados. Llama la atención las reiteradas afirmaciones de la paciente en su escrito de reclamación sobre la sencillez de la técnica y la fácil solución de su patología. En la literatura revisada, se recogen sistemáticamente, los pobres resultados obtenidos con cualquier técnica quirúrgica sobre esta patología, con alta incidencia de la persistencia de rigidez articular y dolor.*

6. *La demostración de que el diagnóstico, la elección del tratamiento y el seguimiento son correctos, viene dada en el informe emitido por A. T., que coinciden en el diagnóstico, plantean como terapéutica inmediata el mismo tratamiento ya instaurado por los Drs. G. y G. F. (continuar rehabilitación) y proponen como alternativa de futuro, en el caso de no mejorar la situación clínica de la paciente, el reiterar el gesto quirúrgico ya realizado.*

7. *La paciente reitera a lo largo de sus reclamaciones, la presencia de irregularidades y negligencias, sin especificar ninguna acción que pueda catalogarse de esa manera.*

En definitiva se trata de una intervención quirúrgica sobre una artrosis secundaria a necrosis de la cabeza del 2º metatarsiano, indicada y realizada correctamente, en la que dos incidencias, que no pueden catalogarse ni de irregularidades ni de negligencia, como son el cambio de Cirujano y del tipo de anestesia, no son el origen de los pobres resultados clínicos obtenidos, insistimos, recogidos en el documento de consentimiento informado y en la literatura. A nuestro modo de ver, en este caso, y según la documentación analizada, se ha actuado en todo momento correctamente y de acuerdo con la lex artis, ya que se han empleado todos los medios disponibles hasta llegar a un diagnóstico de certeza, se ha informado al paciente de todas las vicisitudes de su cuadro y se ha continuado el tratamiento hasta llegar al alta del paciente, no habiendo en ningún momento signos de abandono, desidia o dejación de las más elementales obligaciones médicas”.

Octavo

Mediante escrito de 13 de mayo, la Instructora se dirige a la reclamante dándole trámite de audiencia y, el siguiente día 21, comparece en el Servicio de Asesoramiento y Normativa, facilitándosele copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento.

El 3 de junio siguiente, formula la interesada sus alegaciones, insistiendo en los argumentos de su reclamación.

Noveno

Con fecha 26 de julio de 2010, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución, en la que propone *“que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula Dña. A. A. S., por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”*.

Décimo

El Secretario General Técnico, el día 27 de julio, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable, el día 2 de agosto de 2010.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 5 de agosto de 2010, registrado de entrada en este Consejo el día 13 de agosto de 2010, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 13 de agosto de 2010, registrado de salida el día 16 de agosto de 2010, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto.

En el presente caso, al ser la cuantía de la reclamación superior a 6.000 euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea

lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso.

Dos son las circunstancias concurrentes de las que, en opinión de la reclamante, deriva la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en este caso: la de haber sido intervenida bajo anestesia general, cuando en el impreso de inclusión en lista de espera quirúrgica aparece, en el apartado anestesia, la expresión “regional”, y que la intervención fue llevada a cabo por un Cirujano distinto del que la atendió en Consulta Externa y aconsejó y programó dicha intervención.

Por el mero hecho de concurrir estas circunstancias, no cabría imputar responsabilidad alguna a la Administración, al no suponer, por sí solas, infracción alguna a la *lex artis ad hoc*. En efecto, la modalidad de anestesia lógicamente es decidida, más que por el Cirujano por el Anestesta, aun cuando éste deba tener en cuenta las indicaciones de aquél en cuanto a circunstancias y duración de la intervención programada pero, en definitiva, la responsabilidad es del Anestesta, por lo que no hay que dar valor especial a la expresión del Cirujano que consta en el impreso de inclusión en la lista de espera, máxime cuando dicho impreso carece de firmas.

A mayor abundamiento, el consentimiento informado que, en relación con la anestesia, suscribe la interesada se refiere tanto a la anestesia general como a la loco-regional y prevee expresamente la posibilidad de, en caso de no ser posible la anestesia regional o no conseguirla por razones técnicas, realizar una anestesia general. Lógicamente, a estos supuestos habrá que equiparar el de no juzgar conveniente el primer tipo de anestesia.

Y, por lo que se refiere al cambio de Cirujano, no existe en el sistema público de salud obligación imperativa de que sea el mismo Cirujano que diagnostica y prescribe la intervención el que realice el acto quirúrgico, aun cuando la tendencia sea ésta, práctica también seguida en el Servicio de Traumatología del Hospital *San Pedro*, según reconoce el Jefe del mismo. El sistema no permite garantizar a ningún paciente qué Cirujano va a operarle y, en el presente caso, la sustitución del Cirujano previsto, por imposibilidad de éste, fue notificada a la reclamante, según informa el que la intervino ofreciéndole, incluso, la posibilidad de posponer la operación. Pero, aun cuando pongamos en tela de juicio este informe, no hay que olvidar que el consentimiento informado para la práctica de cualquier cirugía puede ser revocado en todo momento por el paciente, incluso dentro del quirófano.

El argumento de la reclamante de fundar su pretensión resarcitoria en la sustitución del Cirujano inicialmente previsto implica, por otra parte, un juicio de valor sobre la capacidad profesional del que en definitiva intervino, que no podemos admitir; sólo si en su actuación incurrió en infracción de la *lex artis*, puede nacer obligación de indemnizar a cargo de la Administración.

Haciendo abstracción de estas dos circunstancias, del mero hecho de que el resultado de la intervención no fuera satisfactorio no puede deducirse la responsabilidad de la Administración sanitaria, porque, insistimos, la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es *de medios y no de resultado*. Y, habiendo suscrito la interesada el documento de consentimiento informado, habrá que acudir al reiterado parámetro de la *lex artis ad hoc* para valorar si concurre un criterio positivo de imputación del daño a los servicios públicos.

Aun reconociendo la pobreza de los resultados clínicos conseguidos, no existe prueba alguna de que no se pusieran todos los medios adecuados o que la actuación de los Facultativos no se ajustara a la *lex artis*. Resultados que, por otro lado, no cabe calificar de anómalos pues, como se recoge en la pericia a instancia de la Aseguradora, está dentro de los parámetros de lo habitual. El consentimiento informado recoge expresamente, como una de las complicaciones de la cirugía percutánea, la limitación del movimiento de la articulación metatarso- falángica, así como molestias residuales que pueden requerir tratamiento ortopédico médico, o ambos; y, en algunas ocasiones una segunda intervención.

Por último, tampoco puede fundar la imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria el supuesto retraso en la prescripción por parte de los Facultativos de tratamiento de rehabilitación, ya que la indicación postquirúrgica inicial de caminar a las 48 horas de la intervención está descrita en la literatura relacionada con este tipo de cirugía como la mejor rehabilitación, llegándose a recomendar la marcha desde el primer día.

En la revisión que, tras la intervención, se realiza a la interesada el 20 de enero de 2009, se aprecia una importante limitación a la flexión dorsal, por lo que se recomienda movilización activa y la primera consulta en el Servicio de Rehabilitación es el siguiente 11 de marzo. No obstante, la reclamante había iniciado ya por su cuenta sesiones de fisioterapia desde el 27 de enero sin resultado positivo, por lo que acude privadamente a Artros Traumatólogos el 8 de abril, obrando al folio 16 su informe clínico, que viene a confirmar que el diagnóstico, la elección de tratamiento y la atención prestada por los Servicios Públicos son correctos, ya que plantea, como terapia inmediata, coincidiendo con los mismos, continuar la rehabilitación y propone, como alternativa de futuro, en el caso de no mejorar la situación clínica, repetir la intervención.

En definitiva, se trata de las secuelas no deseadas de este tipo de intervenciones pero que, según los Especislistas y toda la literatura médica traumatológica, entran dentro de lo habitual y así se recoge en el consentimiento informado que, suscrito por la reclamante, obra en el expediente, sin que pueda imputarse tal resultado o secuelas a mala praxis alguna.

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos Sanitarios, al ajustarse la actuación de los Facultativos intervinientes, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero