

Tribunal Superior de Justicia de Madrid
Sala de lo Contencioso-Administrativo
Sección Décima
C/ Génova, 10 , Planta 2 - 28004
33009750
NIG: 28.079.00.3-2013/0013383



(01) 30619938631

Procedimiento Ordinario 554/2013

Demandante: D./Dña. M. A M J

PROCURADOR D./Dña. LUIS PIDAL ALLENDESALAZAR

Demandado: COMUNIDAD DE MADRID

NOTIFICACIONES A: CALLE: PUERTA DEL SOL, 0007 Madrid (Madrid)

ZURICH ESPAÑA, CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

PROCURADOR D./Dña. MARIA ESTHER CENTOIRA PARRONDO

SENTENCIA N° 348 / 2016

Ilmos. Sres.:

Presidente:

D^a. M^a Camino Vázquez Castellanos

Magistradas:

D. Rafael Villafañez Gallego

D^a Ana Rufz Rey

En la Villa de Madrid, a 8 de julio de 2016.

VISTO el recurso contencioso administrativo número **554/2013** seguido ante la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, interpuesto por el Procurador don Luis Pidal Allendesalazar, en nombre y representación de doña **M A M J** contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación formulada por la recurrente frente a la Consejería de Sanidad con fecha 17 de diciembre de 2012 sobre responsabilidad patrimonial.

Ha sido parte demandada la **COMUNIDAD DE MADRID**, representada y defendida por el Letrado de la Comunidad de Madrid y codemandada **ZURICH ESPAÑA CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS**, representada por la Procuradora doña ESTHER CENTOIRA PARRONDO.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Interpuesto el recurso, se reclamó el Expediente a la Administración y siguiendo los trámites legales se emplazó a la parte recurrente para que formalizase la demanda, lo que verificó mediante escrito, obrante en autos, en el que hizo alegación de los hechos y fundamentos de Derecho que consideró de aplicación y terminó suplicando que se dictara Sentencia “*en la que estimando la pretensión ejercitada declare la responsabilidad de la CONSEJERIA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID demanda y la condene a indemnizar a mi representada por las secuelas traumáticas y psicológicas ocasionadas en su persona*”.

SEGUNDO. El Letrado de la Comunidad de Madrid, en representación de la Administración demandada y la codemandada contestaron y se opusieron a la demanda de conformidad con los hechos y fundamentos que invocaron, terminando por suplicar que se dictara Sentencia que desestime el recurso y confirme en todos sus extremos la resolución recurrida

TERCERO. Terminada la tramitación se señaló para votación y fallo del recurso la audiencia del día 6 de julio de 2016, fecha en la que han tenido lugar.

Ha sido Ponente la Ilma. Sra. D^a. M^a. del Camino Vázquez Castellanos, quien expresa el parecer de la Sección.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente recurso contencioso-administrativo interpuesto por doña M. Á. M. J., se dirige contra la desestimación presunta, por silencio administrativo, de su reclamación frente a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, de fecha 17 de diciembre de 2012, en concepto de responsabilidad patrimonial, y por la defectuosa asistencia sanitaria que estima le fue prestada.

Frente a la citada resolución se alza en esta instancia jurisdiccional doña M. Á. M. J. solicitando en su escrito de demanda que se dicte sentencia declarando la responsabilidad patrimonial de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y, en su escrito de conclusiones solicita que se dicte sentencia declarando la responsabilidad del Servicio Madrileño de Salud así como de la compañía de seguros ZURICH ESPAÑA CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., condenando las indemnizar a M. Á. en los daños ocasionados a su persona. Refiere en su demanda los siguientes hechos:

“DOÑA M. ... fue intervenida en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA con fecha 10 de enero de 2011, en el que le fue diagnosticado "Artrosis de cadera izquierda". En dicha intervención se le implantó una prótesis total de cadera izquierda. DOCUMENTO N° 2. (Folio n° 21 del Expediente Administrativo).

Con fecha 17 de enero de 2012 la paciente es dada de alta. DOCUMENTO N° 3. (Folio n° 22 del Expediente Administrativo).

Meses más tarde DOÑA M. ... presenta fuertes dolores en la cadera izquierda y en la zona inguinal. DOCUMENTO N° 4. (Folio n° 23 del Expediente Administrativo).

Le es diagnosticado "cadera dolorosa izquierda con hipertonia de aductores y tendinosis de psoas" por lo que, con fecha 7 de marzo de 2012 es intervenida de nuevo en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, en el que se le realiza una "Tenotomía de aductores con infiltración de PRP en aductores e inserción de psoas en trocante/. menor". DOCUMENTO N° 5. (Folio n° 24 del Expediente Administrativo).

Con fecha 9 de marzo de 2012 la paciente es dada de alta. DOCUMENTO N° 6. (Folio n° 25 del Expediente Administrativo).

Con fecha 14 de junio de 2012, tras continuar con fuertes dolores en cadera izquierda, DOÑA M. ... acude a la CLINICA CENTRO. En dicha clínica se le realiza una

gammagrafía ósea de caderas, en la que se objetiva: "Acúmulo focal con hiperemia focal en región inferointerna del cotilo que podría traducir discreta inestabilidad focal, pero sin signos de aflojamiento activo del componente acetabular, presenta también incremento de la captación en región superoexterna del cotilo en probable relación con proliferación marginal". DOCUMENTO N° 7. (Folio no 26 del Expediente Administrativo).

Con fecha 23 de julio de 2012 le realizan un estudio bioquímico a la paciente en el ue la Valoración de Cobalto en suero, así como la Valoración de Cromo en suero dan resultados muy por encima de los valores de referencia. DOCUMENTO N° 8. (Folio n° 27 del Expediente Administrativo).

Con fecha 10 de agosto de 2012 la paciente es ingresada en el H_____ B_____ A_____ M_____ D_____ J_____ por presentar una herida en la zona abdominal que no mejora. Es dada de alta ese mismo día. DOCUMENTO N° 9. (Folio n° 28 del Expediente Administrativo).

Con fecha 20 de septiembre de 2012 DOÑA M_____ ... es ingresada en la C_____ C_____ para su intervención. DOCUMENTO N° 10. (Folio n° 29 del Expediente Administrativo).

Con fecha 21 de septiembre de 2012 se redacta el siguiente informe:

"MATERIAL: Tumoración de partes blandas en cadera.

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: Dos fragmentos irregulares de tejido pardogrisáceo, de consistencia firme, que miden agrupados 3,7 x 2,8 x 1,3 cm. Presentan un área aplanada de coloración negruzca. (Cuatro secciones).

DIAGNÓSTICO: Tejido prostático en partes blandas, cadera: Tejido fibrinoso acompañado por numerosos histiocitos que contienen abundante material extraño (protésico), e infiltrado inflamatorio crónico." DOCUMENTO N°11. (Folio n° 30 del Expediente Administrativo).

La C_____ C_____ remitió a la paciente con fecha 1 de octubre de 2012 al H_____ B_____ A_____ M_____ D_____ J_____ para realizar un tratamiento de Rehabilitación.

Con fecha 31 de octubre de 2012 DOÑA M_____ ...abona una factura de 5.920,72€ al H_____ B_____ A_____ M_____ D_____ J_____ por su rehabilitación. DOCUMENTO N° 12. (Folio n° 31 del Expediente Administrativo).

Con fecha 21 de noviembre de 2012 DOÑA M... abona una factura de 3.037,60€ al H... B... A... D... J... por su rehabilitación. DOCUMENTO N° 13. (Folio n° 32 del Expediente Administrativo).

• DOÑA M... es dada de alta del servicio de rehabilitación del H... B... A... M... D... J... el 16 de noviembre de 2012. DOCUMENTO N° 14. (Folio n° 33 del Expediente Administrativo).

Que con fecha 21 de diciembre de 2012 esta parte presento ampliación de la SOLICITUD DE INICIACIÓN DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO EN RECLAMACIÓN PATRIMONIAL.

Dicha ampliación se basa en los siguientes:

HECHOS

Con fecha 31 de enero de 2011 DOÑA M... abona una factura de 2.781,00€ al H... B... A... M... D... J... por su rehabilitación. DOCUMENTO N° 2. (Folio n° 53 del Expediente Administrativo).

Con fecha 14 de febrero de 2011 DOÑA M... abona una factura de 2.039,40€ al H... B... A... M... D... J... por su rehabilitación. DOCUMENTO N° 3. (Folio n° 54 del Expediente Administrativo).

Con fecha 12 de febrero de 2011 la paciente es dada de alta del servicio de rehabilitación del H... B... A... M... D... J... por estabilización. DOCUMENTO N° 3.1. (Folio n° 55 del Expediente Administrativo).

Con fecha 3 de julio de 2012 DOÑA M... abona una factura de 46,08€ a la C... C... por gastos de laboratorio. DOCUMENTO N° 4. (Folio n° 56 del Expediente Administrativo).

Con fecha 23 de julio de 2012 DOÑA M... abona una factura de 46,08€ a la C... C... por gastos de laboratorio. DOCUMENTO N° 5. (Folio n° 57 del Expediente Administrativo).

Con fecha 13 de septiembre de 2012 DOÑA M... abona una factura de 705,00€ a ALPHA TRAUMA ya que su intervención estaba presupuestada en 4.204,99€, pero la cobertura de la prótesis de cadera estaba limitada a 3.500€, por lo que abona la diferencia. DOCUMENTO N° 6.1 a 6.3. (Folio n° 58 a 60 del Expediente Administrativo).

Se aportan partes de baja con fecha 10 de enero de 2011 hasta 25 de abril de 2011, cuando es dada de alta por mejoría. DOCUMENTO N° 7.1 A 7.16. (Folio n° 61 a 77 del Expediente Administrativo).

Se aportan partes de baja con fecha 7 de marzo de 2012 hasta 5 de julio de 2012, cuando es dada de alta por mejoría. DOCUMENTO N° 8.1 A 8.18. (Folio n° 78 a 96 del Expediente Administrativo).

Se adjuntan las Solicitudes de intervención quirúrgica de ambas operaciones realizadas en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, con fecha 3 de noviembre de 2010 y 31 de enero de 2012 respectivamente. DOCUMENTO N° 9.1 a 9.2. (Folio n° 97 y 98 del Expediente Administrativo).

Se aportan consentimientos informados para anestesia y transfusión de sangre y hemoderivados de ambas intervenciones llevadas a cabo en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. No nos consta en la documentación los consentimientos informados de las cirugías. Aún y así, los consentimientos informados de que se disponen son genéricos y no tienen en cuenta los riesgos personalizados de la paciente, así como que incumplen la Ley 41/2002 de autonomía del paciente. DOCUMENTO N° 10.1 a 10.4. (Folio n° 99 a 106 del Expediente Administrativo).

A DOÑA M. ... le es concedida la INCAPACIDAD TEMPORAL en 3 ocasiones. Con fecha de salida del registro de la Dirección Provincial de la Seguridad Social de Madrid 25 de enero de 2011, 14 de marzo de 2012 y 17 de octubre de 2012, respectivamente. DOCUMENTO N° 11.1 a 11.3. (Folio n° 107 a 109 del Expediente Administrativo).

Adjunto analíticas con fecha 8 de junio de 2012, 4 de septiembre de 2012 y 16 de octubre de 2012 respectivamente. DOCUMENTO N° 12.1 a 12.3. (Folio n° 110 a 115 del Expediente Administrativo).

Esta parte viene a solicitar expresamente le sea comunicado la identificación de la prótesis total de cadera izquierda implantada con fecha 10 de enero de 2012, pues no consta en la documentación entregada a la paciente ni la marca, ni el modelo, ni el número de referencia de la misma, incumpliendo por lo tanto la Ley de Autonomía del paciente 41/2002.”

Continúa la demanda señalando, en relación a identificación de la causa de los daños, que:

“Se ha producido en este caso una clara negligencia en la actuación del SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, por posible deficiencia técnica y falta de medios diagnósticos y en cuánto a permitir que se produzcan los hechos relatados, y que han sido determinados previamente, mediante una actuación

grosera, según la lex artis ad hoc, en una clara relación causal entre la deficiente actuación y el resultado dañoso.

El resultado de secuelas traumáticas en su cadera izquierda, en la persona de DOÑA M., y la existencia de una contaminación por metales (cobalto y cromo) es desproporcionado a la edad y la evolución de su situación física de haber recibido tratamiento adecuado y haber sido convenientemente abordado en su momento, lo cual revela claramente la penuria negligente de medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización, según la regla res ipsa loquitur.

Así mismo, y dado el error diagnóstico por falta de medios diferenciales, DOÑA M. se ha visto obligada a acudir a la medicina privada con un alto coste.”

Por su parte, la administración demandada, así como la compañía aseguradora de la administración, ZURICH ESPAÑA CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, formularon, respectivamente, sus escritos de contestación en el sentido que han estimado oportuno, obrando dichos escritos unidos a las actuaciones.

SEGUNDO.- A instancia de la parte actora ha sido practicada prueba pericial mediante la emisión de informe por parte de perito designado por la recurrente, elaborado por el doctor don Ramón Fernández Merino, quien en su informe expresa que es doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Dicho perito formula las siguientes CONSIDERACIONES CLÍNICAS:

“Pensamos que la paciente presentaba una Coxartrosis izquierda, que tenía 54 años y que por lo tanto la indicación de realizarle una Prótesis total de cadera era adecuada y que además al ser relativamente joven, era adecuada la elección de una prótesis de superficie de par de fricción metal-metal, por ser en teoría de mayor duración, ofrecer una menor incidencia de luxaciones, además de provocar una menor agresión ósea, lo cual permitiría disponer de una mayor reserva ósea en relación con la posibilidad de posteriores recambios

Ahora bien, se debe recordar que las mujeres son pacientes de riesgo, cuando son portadoras de una prótesis, en la que el par de fricción es metal-metal.

Es importante destacar que esta paciente firmó un Documento de Consentimiento informado para Prótesis total de cadera el 10 de Noviembre de 2010 y que en este

documento se le advierte de otras complicaciones del desgaste de material, del aflojamiento protésico, del dolor y de la inestabilidad, de todo esto se le había advertido previamente, pero en este caso hay otros factores no sólo de índole mecánico, sino también inmunitario que participan en este proceso y del desgaste que se habla suele ser una complicación tardía, pero lo que en ningún momento se plantea es la consecuencia directa, la aparición de una metalosis, que en una paciente joven, o al menos relativamente joven tiene una repercusión evidentemente mayor.

Siguiendo esta línea de razonamiento, más adelante nos referiremos a otras complicaciones derivadas de las prótesis con par de fricción metal-metal.

No queda clara cuál es la causa de la persistencia del dolor y así simplemente después de la realización de una Ecografía de cadera con unos resultados normales, se da por descartada la patología articular y se fía todo a una posible alteración de Hipertonía tendinosa de los adductores y degeneración del psoas.

Pensamos que de forma equivocada se planteó la intervención quirúrgica, que consistió en la tenotomía de los adductores y la infiltración de plasma rico en plaquetas, sobre el psoas. Lo cierto es que esta intervención cuyo Consentimiento informado no entra en la explicación amplia y precisa del procedimiento, pero tampoco en la de las posibles alternativas al procedimiento y de las consecuencias de la misma, entre las cuales se podría plantear que el dolor y la impotencia funcional persistiesen, como así ocurrió.

De cualquier manera esta segunda intervención pensamos que era absolutamente prescindible y que la paciente fue sometida a un riesgo anestésico y quirúrgico, que pensamos que no estaba justificado.

El aporte de plasma rico en plaquetas no aportó ningún beneficio para la evolución de la paciente.

En resumen la paciente fue sometida a una segunda intervención con escasa o ninguna motivación real, con un Documento de Consentimiento informado cuyas deficiencias ya han sido expuestas previamente.

Por otra parte, si seguimos las recomendaciones de práctica clínica para la toma de decisiones en pacientes portadores de Prótesis de cadera con par de fricción metal-metal, se consideran 4 factores fundamentales, primero la clínica, segundo la radiología, orientación

y fijación, tercero los parámetros bioquímicos, con los niveles de Cr y Co en sangre y suero y además estudios especiales de imagen, TAC, Gammagrafía y RNM.

Es importante que la presencia de cualquier dolor o masa palpable en la región inguinal debe ser cuidadosamente estudiada y valorada, en especial por la posibilidad de parición de pseudotumores.

Por otra parte valores de Co en sangre por encima o iguales a 10 microgrs./lt son indicativos de un incremento del desgaste articular, pero entre 10 y 20 mic ogrs./it, deben ser valorados como muy anormales, con riesgo de intoxicación sistémica y que incluso se asocian a Sarcomas de partes blandas.

Es importante destacar que las mujeres asumen mayor riesgo, cuando son portadoras de un par de fricción metal-metal y este riesgo es superior en los cotilos <48 mms y en las cabezas XL

Existe pues claramente una correlación entre la metalosis y el aflojamiento protésico.

De cualquier manera, la AEMPS, (Agencia española del medicamento y productos sanitarios) y la SECCA, (Sociedad española de Cirugía de la Cadera), recomiendan la realización de un seguimiento clínico y radiológico. Efectivamente el 12 de Julio de 2011 se le realizó una Radiografía de pelvis y cadera, pero sus resultados no aparecen recogidos en la Historia clínica. Pero además se debe realizar en caso de clínica dolorosa una determinación de iones Cr y Co y máxime cuando este dolor era manifiesto desde los 6 meses después de la cirugía y más aún cuando en los comentarios clínicos de la paciente, se detalla la sospecha de metalosis, lo que queda recogido en las anotaciones del 5 de Junio de 2012. Por lo tanto en el Hospital Universitario de Santa Cristina en Junio de 2012, no se habían solicitado las pruebas de niveles de dichos iones en sangre.

Como queda recogido en las valoraciones realizadas en su Centro de Salud de Pacífico, se anota que va a pedir una segunda opinión.

Lo cierto es que de forma inmediata, en la Clínica donde es atendida, CEMTRO, se le realizan determinaciones de Iones Cr y Co en sangre que el día 18 de Junio de 2013 ofrecen unos resultados de 57,2 microgrs/lt y 43 microgrs/lt, respectivamente y ambas muy elevadas, tanto que indicaban el riesgo de intoxicación sistémica, por lo que fue intervenida el 16 de Septiembre de 2013, cuando se procedió al recambio protésico y a la toma de muestras para un estudio anatomo-patológico, que ofreció como resultado la presencia de material extraño

protésico e infiltrado inflamatorio, lo que confirma la existencia de una metalosis y además en el diagnóstico que aparece en el protocolo quirúrgico se apunta el de aflojamiento protésico, evidentemente relacionado con la metalosis referida.”

Y, a continuación de las citadas consideraciones es de señalar que el perito designado por la parte actora formula las siguientes CONCLUSIONES:

“1. EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO NO HACE MENCIÓN ESPECÍFICA DE LA METALOSIS Y DE LOS EFECTOS DE LOS METALES PESADOS, Cr y Co COMO COMPLICACIÓN DE ESTE PROCESO.

2. LA SEGUNDA INTERVENCIÓN, TENOTOMÍA DE LOS ADDUCTORES Y APORTE DE PRP NO ESTÁ JUSTIFICADA NI EXISTE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA MISMA.

3. NO SE REALIZAN DETERMINACIONES DE Cr Y Co EN TIEMPO Y FORMA. DOLOR A LOS 6 MESES DE LA CIRUGÍA, MANTENIÉNDOLA CON UN DOLOR INCAPACITANTE Y SOMETIÉNDOLA A LOS RIESGOS DE UNA INTOXICACIÓN SISTÉMICA A METALES PESADOS.

4. NO SE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES DE LA AEMPS Y DE LA SECCA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS DE PAR DE FRICCIÓN METAL-METAL.

5. POR TODO LO ANTERIOR SE RETRASA EL RECAMBIO PROTESICO, SIENDO LOS RESULTADOS PEORES, QUE SI ESTE SE HUBIERA REALIZADO DE FORMA PRECOZ”.

TERCERO.- También ha sido aportado al proceso sendos informes periciales a instancia de la compañía aseguradora de la administración demandada, ZURICH ESPAÑA CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, informes elaborados por peritos de su elección.

El primero de dichos informes, de 25 febrero 2014, ha sido elaborado colegiadamente por los siguientes doctores:

D. Gerardo RIQUELME ARIAS: Ex Jefe de Servicio COT. H.U. Gregorio Marañón. Madrid. Ex Profesor Asociado Patología Quirúrgica U. Complutense. Madrid. Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Colegiado 28/12.543

D. Luis R. MIÑO GARCIA: Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia. Col. 28/21.321

D. Miguel Ángel SANMARTIN RUIZ: Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología por la Universidad Complutense de Madrid. Médico adjunto del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital general universitario Gregorio Marañón de Madrid. Responsable del banco de tejidos del hospital general universitario Gregorio Marañón de Madrid. Col. 28/25863

D. Rafael LAGUNA ARANDA. Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Colegiado 28/42287.

En dicho informe expresan dichos peritos las siguientes CONCLUSIONES:

“1. Doña M. Á. M. J. de 48 años fue operada en el Servicio de COT del H. de Santa Cristina de coxartrosis, mediante implante de prótesis de recubrimiento par metal-metal modelo BHR (10/1/11)

2. Esta prótesis está indicada en personas jóvenes en criterio biológico como era el caso de la paciente. Este modelo de prótesis permite evitar pérdida de hueso en el acto quirúrgico y por su composición química presenta dureza para aminorar el desgaste producto de la fricción.

3. La evolución postoperatoria fue correcta, se siguieron Guías Clínicas para prótesis de cadera: evolución y rehabilitación. Pudo ser dada de alta a los 7 días pasando a Rehabilitación (17/1/11) en el H. B. M. A. donde permaneció hasta 12/2/11. Fue dada de alta incorporándose a su trabajo.

4. A los seis meses comenzó con dolor inguinal y lumbosacro, por lo que se realizaron diferentes tratamientos y valoración clínica, Rx (resultado no registrado, pero consta que se le entregó a la paciente) y Ecografía (normal). Fue vista en las citas que consta en este Dictamen y se propuso intervención para tenotomías de aductor mayor con infiltración de PRP tanto en tendón de aductor como en psoas.

5. Esta cirugía se llevó a efecto previo estudios preoperatorio y preanestesia, firmando Consentimiento Informado el 7/3/12, con alta a las 48 horas, autorizando carga parcial con bastones. Inició rehabilitación el 27/3/12 con mejoría intermitente (fases de mejoría, fases de empeoramiento).

6. El 5/6/12 estaba con dolor en psoas, se prescribe kinesotapin con lo que mejorar de forma inmediata. Se realizó infiltración y se indicó rehabilitación. Esta es la última fecha que la paciente fue vista en consulta del H. Sta. Cristina.

7. El 8/6/12 acude a la Clínica CEMTRO, donde es estudiada realizando estudio gammagráfico con Tc cuyo resultado indica discreta inestabilidad focal sin signos de aflojamiento activo. Se realizó estudio analítico de cobalto y cromo en suero, obteniendo cifras: Cr 43, Co 57.2 (valores muy elevados).

8. El 20/9/12 fue operada, procediéndose a recambio por modelo convencional cetoil cerámica, vástago coral. El diagnóstico de la toma anatomo-patológico indica tejido fibroso con numerosos histiocitos que contiene abundante material extraño (protésico) e infiltrado inflamatorio crónico. La evolución postoperatoria fue normal, pasando a rehabilitación al H. B M A de donde fue dada de alta el 16/11/12. El alta se produce por mejoría funcional con un BM global de 4/5, bipedestación independiente, marcha con dos bastones. Realizó cinesiterapia específica y reeducación de la marcha.

9. Fue valorada para discapacidad siendo concedido grado de discapacidad 34%. El baremo de movilidad es negativo, no alcanza el mínimo requerido.

10. En un análisis de la historia clínica consideramos que existió un retraso diagnóstico de un proceso de metalosis que está relacionado con los implantes metal-metal, descrito en la bibliografía. Este retraso no influye en el tratamiento puesto que la indicación es el recambio protésico por una prótesis convencional, como así se realizó.

11. La paciente en relación con la rehabilitación optó por asistencia en Medicina Privada en razón de su derecho de autonomía. El SERMAS presenta una Red Hospitalaria Universitaria capaz de solucionar a través de sus profesionales cualquier problema que se pueda presentar en relación con Cirugía Ortopédica y Traumatología. No consta que solicitase segunda opinión en la Red Asistencial Pública de la Comunidad de Madrid.”

A modo de explicación de las citadas conclusiones, constan en el citado informe determinadas CONSIDERACIONES MÉDICAS, y, así, se dice:

“La prótesis total de cadera, elimina la cabeza femoral y se cambia por un implante anclado a la diáfisis del fémur y con una "bola" se articula con una copa sujeta al cotilo (pelvis). Han sido millones los pacientes intervenidos desde la mitad del siglo pasado, y es una tecnología en constante evolución, buscando mejores métodos de fijación al hueso y menor índice de rozamiento entre componentes. Las partículas de plástico (polietileno)

provoca enfermedad de partículas, (la osteolisis es un fenómeno complejo dependiente del número y cantidad de partículas de entre 0.3-10 micras, que son las fagocitadas por los macrófagos). Estas complicaciones son directamente proporcionales a la edad del paciente. En los pacientes jóvenes estas alteraciones son más frecuentes.

Las denominadas prótesis de superficie... ofrecen otras perspectivas en gente joven, con mayor actividad. La idea no es nueva surge en los principios del siglo XX ... y con, la mejoría de la metalurgia en los años 90 pone nuevamente en funcionamiento el par de fricción metal-metal sin plástico intermedio. ... La aceptación va siendo evidente y en algunos países como en el Reino Unido supone el 45% de las artroplastias de cadera realizadas en pacientes menores de 55 años. En el mundo ya se han implantado más de 100.000 prótesis de este tipo pero no hay experiencia a más de diez años

....

Los objetivos de la artroplastia de baja fricción de metal-metal son preservar hueso, conseguir una fijación correcta y evitar el efecto protector de cargas en la cabeza y el cuello femoral.

Las indicaciones de la prótesis de recubrimientos son: pacientes menores de 60 años con buena calidad ósea preferentemente varones con artrosis de cadera sin gran acortamiento o deformidad, necrosis femoral, displasia, secuelas de epifisiolisis o enfermedad de Perthes, artritis reumatoide y la artrosis postraumática. Otras indicaciones posibles son aquellos casos con graves deformidades extra-articulares que obligan a realizar osteotomías femorales de alineamiento para colocar vástagos convencionales intramedulares, pacientes con material de osteosíntesis en el fémur proximal o aquellos con elevado riesgo de luxación.

Las contraindicaciones absolutas son además de la infección activa, la hipersensibilidad conocida a los metales y la insuficiencia renal...

...

La hipersensibilidad conocida a los metales y la insuficiencia renal son contraindicaciones absolutas, pues los iones metálicos se eliminan por la orina.

Las contraindicaciones relativas son....

Las ventajas de la artroplastia de recubrimiento son:

1- Resección limitada de hueso. ...

2- Transmisión de cargas más fisiológicas a través del fémur proximal...

3- Utiliza cabezas femorales de gran diámetro lo que supone mayor movilidad, menos pinzamientos, menor porcentaje de luxaciones y una propiocepción más fisiológica.

4- Cirugía de revisión más fácil...

5- Función y comportamiento biomecánica superior a las artroplastias convencionales...

Las desventajas de la artroplastia de recubrimiento son:

1- Imposibilidad para modificar las diferencias de longitud de las extremidades por su falta de modularidad.

2- Mayor porcentaje de complicaciones: necrosis de la cabeza y fracturas del cuello del fémur....

3- Necesidad de abordajes algo mayores que con las nuevas técnicas "mínimamente invasivas".

La prevención de complicaciones de la artroplastia de recubrimiento se consigue: 1. selección de pacientes y la planificación preoperatoria adecuada. 2- la principal dificultad es el correcto alineamiento del componente femoral nuevas instrumentaciones, 3 -rayos x para ayudar en el posicionamiento de las guías de fresado o el uso de navegadores para prevenir la lesión de la cortical del cuello evitando zonas de debilidad que causen fracturas posteriores y el daño de los vasos retinaculares laterales y colaterales que penetran en la metafisis y que nutren la cabeza femoral.

...

Los iones metálicos pueden producir alergias por hipersensibilidad....

Se ha relacionado también el uso del par metal-metal con el desarrollo de sarcomas de partes blandas localizados o a distancia, así como con diversos tumores de células hematopoyéticas atribuibles a los iones metálicos residuales procedentes del desgaste que cargarían el sistema retículoendotelial, sin que se haya podido comprobar en los estudios realizados que el riesgo total de padecer cáncer en estos pacientes aumentase (Clarke 2003). Si existe hipersensibilidad a metales, ya conocido desde hace años relacionado con implantes protésicos y osteosíntesis.

.....

La metalosis se define como la fibrosis aséptica, necrosis local o aflojamiento de un implante secundario a la corrosión metálica o al aclaramiento de sus partículas secundarias al desgaste (Blacl y cols). Los modelos actuales con fricción entre acero-polietileno,

cerámica-polietileno han hecho desaparecer o reducir la cantidad de partículas metálicas producidas por el rozamiento

Los hallazgos intra-operatorios son iguales en todos los casos de metalosis aportados a la literatura con presencia de la sinovial y la cápsula teñida de color negro, independiente del origen de las partículas metálicas: titanio-aluminio, cromo-cobalto, en función de las características del metal empleado.

....

La ausencia de dolor agudo e invalidante se debe a la falta de reacción inflamatoria, lo que justifica que a pesar de la falta de osteo-integración, (movilización) no exista dolor....

En la actualidad en los implantes metal-metal, la metalosis es el resultado del roce de los componentes de la prótesis de cadera entre sí mismos, ocasionando la liberación de partículas microscópicas de cromo y cobalto al cuerpo del paciente. Esto puede dar lugar a reacciones adversas que requieren la remoción del implante y recambio por otro modelo protésico diferente. Estos pacientes con los conocimientos de hoy precisan seguimiento y controles de sangre para valorar los niveles de Cr, Co.”

En relación con el caso analizado dichos peritos expresan:

“Doña M Á M J de 54 años, presentaba una coxartrosis izquierda susceptible de artroplastia de cadera izquierda. Incluida en LEQ (3/11/10). Firma consentimiento Informado de COT para PTC en el que figura las complicaciones posibles en esta cirugía como: j) las complicaciones últimas pueden ser desgaste del material, aflojamiento, dolor e inestabilidad que obligarían a un recambio.

Finalmente figura: estoy satisfecho con la información recibida, he comprendido toda la información que se me ha proporcionado y todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas.

Firma también Consentimiento Informado para Anestesia y Transfusión de sangre y hemoderivados (10/11/10).

En un análisis del proceso D^a M^a Á M J fue intervenida por coxartrosis con implante de PTC (prótesis de recubrimiento), que evaluando la historia clínica no se encuentran alteraciones que contraindiquen de forma absoluta o relativa el colocar dicho implante. Técnicamente la descripción del acto operatorio es correcto. La prótesis de recubrimiento metal-metal 8HR, está indicada en personas jóvenes por su menor

desgaste y conservar hueso frente a futuros recambios. En el postoperatorio se siguieron vías clínicas para cirugía de PTC y rehabilitación, lo que es correcto.

Evolucionó sin incidentes y pudo ser dada de alta a los 7 días de postoperatorio, pasando a Rehabilitación al H. B. M. A. desde el 17/1/11 hasta el 12/2/11.

Al alta de RHB, Pudo incorporarse a su actividad laboral.

En revisión realizada a los 6 meses de la cirugía presenta dolor en región inguinal, sin disimetrías, ni atrofas y con buena marcha. Se realizó radiografía de cadera (no se recoge en la historia clínica el resultado) que le fue entregada a la paciente.

A los nueve meses de la intervención presentaba dolor inguinal + dolor lumbosacro y en cara lateral de pie derecho (por mal apoyo). Se realizó estudio ECO de zona quirúrgica con resultado normal. Siguió con rehabilitación, infiltración y kinetapin, sin mejoría.

Ante este cuadro clínico y avalado por la exploración clínica, se planteó tenotomía del aductor largo con infiltración de plasma rico en plaquetas, que se llevó a efecto el 7/3/12 con postoperatorio normal, alta a las 48 horas del ingreso con recomendaciones de caminar en carga parcial con bastones más tratamiento farmacológico complementario Causó baja laboral el 12/3/12

La persistencia del dolor en la revisión de 10/1/12 lleva a la sospecha de metalosis. Descartada la clínica que corresponde a la patología de psoas y aductor, que ya había sido operada en marzo se había indicado RHB, a las tres semanas de RHB estaba mejor por lo que se indicó seguir en ese tratamiento y volver el 5/6 añadiendo kinesotapin con lo que mejoro de forma inmediata. Se realizó infiltración y seguir con rehabilitación y nuevo control.

Ante la reaparición del dolor y ante la sospecha ya referenciada de metalosis procedía realizar estudio clínico, de imagen RM TC con técnicas especiales y análisis para valorar Cr y Co pero no fue posible porque la paciente no acudió a nueva cita.

El 8/6/12 acude a C. C., realizándose estudios de hematología con PCR en parámetros normales, eosinofilos 1.9, volumen plaquetario, Índice de anisocitosis y concentración de Hb ligeramente alterados.

En el estudio gammagráfico de cadera con Tc (14/6/12) hay signos de discreta inestabilidad focal sin aflojamiento activo. Hipercaptación en región supero-externa de

cotilo por posible proliferación marginal. En cadera derecha también hay captación superoexterna de carácter degenerativo, también hay captación sacroiliacas.

Se realizan estudios de cobalto y cromo (cuyos valores son Co 57.2 mcg/l y Cr 43.0 mcg/l). Ante estos valores se decide recambio por prótesis convencional.

Con el diagnóstico de aflojamiento de prótesis la cirugía realiza el 20/9/12: cotilo cerámico + vástago corai, cabeza estándar +5. La evolución fue correcta pudiendo ser dada de alta sin incidentes con recomendaciones.

El diagnóstico de Anatomía Patológica es: tejido protésico en partes blandas, cadera: Tejido fibrinoso acompañado por numerosos histiocitos que contienen abundante material extraño (protésico) e infiltrado inflamatorio crónico

Pasó a Rehabilitación al H. B. M' A. con no buena evolución. El 16/11/12, el Servicio de Rehabilitación de las H. H. emiten informe de alta en el que se dice que el BM es 4/5 global, bipedestación independiente, marcha independiente con necesidad de bastones. Realizó cinesiterapia específica y reeducación de la marcha, siendo dada de alta por mejoría funcional.

El 20/11/12 la paciente dice que no puede andar. El 14/1/13 se emite informe para solicitar minusvalía. Fue dada de alta el 28/1/13 a petición propia.”

También ha sido aportado al proceso a instancia de la compañía aseguradora un segundo informe pericial, de fecha 17 de marzo de 2014, sobre valoración del daño corporal, elaborado colegiadamente por las siguientes doctoras: doña María José Dorado Moles, doctora en medicina por la Universidad Complutense de Madrid, especialista en pediatría; doña Sofía Ruiz del Cueto, especialista en medicina familiar y comunitaria; y, doña Iris Sánchez Egido, Licenciado en medicina, especialista en cirugía general y aparato digestivo, facultativo especialista que había adscrito al servicio de cirugía General y aparato digestivo del hospital del sureste de Madrid. Se formulan en el mismo las siguientes CONCLUSIONES:

“1. Nuestro dictamen valora únicamente las lesiones permanentes y la incapacidad que presenta el paciente, sin entrar a valorar la asistencia sanitaria dispensada. El hecho de que puntuemos una lesión permanente con arreglo al ANEXO al Real Decreto Legislativo 8/2004 (conocido como baremo), no implica que consideremos que ésta ha sido a consecuencia de la asistencia prestada.

2. Se nos encarga un dictamen de Valoración de Daño Corporal en el que se delimite cuáles son los hipotéticos daños (si es que los hay) consecuencia del retraso, teniendo en cuenta que el recambio se tendría que haber realizado siempre, con independencia del momento en que se llegó a dicho diagnóstico, ya que el dictamen de defensa firmado por los Dres. Riquelme, Miño, Sanmartín y Aranda, médicos especialistas en traumatología afirma que, pese a que hubo un retraso diagnóstico de metalosis, independientemente del momento en que se alcance dicho diagnóstico, la solución pasar por realizar un recambio de la prótesis.

3. Se anuncia la presentación de un Informe Pericial elaborado por el Dr. D. José Ramón Fernández Mariño con la demanda, del que no hemos dispuesto. Por tanto, se nos encarga que concretemos en que secuelas se encuadraría el estado clínico que refleja la documentación del paciente, así como su puntuación de acuerdo al ANEXO4 al Real Decreto Legislativo 8/20045.

4. En base a al dictamen de defensa firmado por los dres. Riquelme, Miño, Sanmartín y Aranda, médicos especialistas en traumatología, no hay lesiones permanentes susceptibles de ser indemnizadas con arreglo a baremo. El retraso diagnóstico, se indemnizaría como días de incapacidad, considerándose impeditivos o no en base al impedimento que le hayan generado.

5. Para establecer el periodo de estabilidad lesionar debemos estar a lo indicado en el dictamen de los especialistas que indican que: La persistencia del dolor en la revisión de 10/1/12 lleva a la sospecha de metalosis. Ante la reaparición del dolor y ante la sospecha ya referenciada de metalosis procedía realizar estudio clínico, de imagen RM TC con técnicas especiales y análisis para valorar Cr y Co pero no fue posible porque la paciente no acudió a nueva cita.

6. Consideramos que el periodo de curación empieza el día 10/1/12, en que se realiza la revisión de que lleva a la sospecha de metalosis. Por tanto, desde la revisión de 10/1/12 en la que la persistencia del dolor lleva a la sospecha de metalosis, hasta que fue intervenida el 20/9/12, transcurren 255 días de sanidad indemnizables, de los cuales son impeditivos los que van desde el 7/03/2012 al 05/07/2012 lo que suponen 121 días impeditivos. El resto, 134 días, los consideramos como no impeditivos. En resumen:

- a. 255 días de sanidad
- b. 121 días impeditivos
- c. 134 días no impeditivos

7. Dado que el tratamiento de la metalosis consiste en el recambio protésico, el único "daño" es el retraso en diagnosticar la metalosis y realizar el recambio protésico. Por tanto, independientemente de la profesión de la paciente, no se puede valorar ningún tipo de incapacidad permanente laboral o para su actividad u ocupación habitual, sea esta cual fuere.

8. Las indemnizaciones por incapacidad temporal incluyen los daños morales como se recoge en el texto del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (Tabla V, Pág. 36677 del BOE nº 267 del viernes 5 de noviembre de 2004).

A los efectos de lo previsto en el Art. 335 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, los peritos que suscriben el presente documento manifiestan, bajo juramento, que han actuado y, en su caso, actuarán con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conocen las sanciones penales en las que podrían incurrir si incumplieran su deber como perito."

CUARTO.- Finalmente, y en orden a dejar constancia de los informes que, con el carácter de informes técnicos, se han emitido como consecuencia de la reclamación formulada por la actora, debemos referirnos al contenido del expediente administrativo en el que consta recogido el informe elaborado por la inspección sanitaria, informe del que han dispuesto las partes con anterioridad a la formulación de los informes periciales por ellas aportados. En dicho informe se recogen las siguientes CONCLUSIONES:

"De lo anteriormente expuesto puede concluirse, que la asistencia sanitaria dispensada a D^a Mⁱ ... por el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Santa Cristina, se considera parcialmente inadecuada.

- La intervención de sustitución de cadera estaba indicada y transcurrió sin incidencias*

- Estaba informada de la intervención y había firmado un documento de CI en el que se advertía de los riesgos o complicaciones, entre otros, el desgaste de material*

- *El 10/1/11, se le implantó una prótesis de superficie de par metal-metal BHR, que está indicada en personas jóvenes, como era el caso de la paciente, por su mayor dureza y ser más conservadora del hueso facilitando los posibles recambios*

- *El desgaste del material de los componentes de la prótesis, es una de las complicaciones más frecuentes de la artroplastia de cadera, de la que había sido advertida*

Estas actuaciones se muestran de acuerdo con la práctica clínica.

- *En 2010 la AEMPS Y LA SECCA realizaron una serie de recomendaciones para el seguimiento de los pacientes implantados con prótesis de cadera de par metal-metal*

- *En las recomendaciones para pacientes con prótesis de superficie metal-metal no ASR con manifestación clínica de dolor, como era el caso, está indicada la solicitud de determinaciones de iones cromo y cobalto, en suero y orina*

- *En la fecha de la última revisión, el 5/6/12, y aunque venía aquejando dolor desde los seis meses de la intervención y se habían descartado otras causas del mismo, no habían sido solicitadas las determinaciones de iones cromo y cobalto como está indicado.*

Esta actuación no se muestra acorde con lo aconsejado en la práctica clínica por la AEMPS y la SECCA

- *Solicitadas por la clínica privada a la que la paciente recurrió para una segunda opinión, las determinaciones de los iones cromo y cobalto, el 18/6/12 mostraron cifras elevadas que aconsejaban un recambio de prótesis*

- *La intervención para recambio de prótesis se realizó el 20/9/12 en la Clínica CEMTRO*

- *El estudio anatomopatológico de los tejidos extraídos en la intervención determinó la existencia de abundante material extraño protésico e infiltrado inflamatorio.”*

QUINTO.- Para resolver si procede reconocer a favor de la recurrente un derecho a ser indemnizada por haber sufrido un daño antijurídico como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada por el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, con ocasión de la intervención quirúrgica que se le practicó para la implantación de prótesis de cadera, con infracción de la lex artis, conviene, en primer lugar, recordar lo que se declaraba en la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008, entre otras, acerca

de que “la responsabilidad de las Administraciones públicas en nuestro ordenamiento jurídico tiene su base no solo en el principio genérico de la tutela efectiva que en el ejercicio de los derechos e intereses legítimos reconoce el art. 24 de la Constitución, sino también, de modo específico, en el artículo 106.2 de la propia Constitución al disponer 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 los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos; en el artículo 139, apartados 1 y 2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa, que determinan el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado, habiéndose precisado en reiteradísima jurisprudencia que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Tampoco cabe olvidar que en relación con dicha responsabilidad patrimonial es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que la misma es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque, como hemos declarado igualmente en reiteradísimas ocasiones es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido”.

Respecto al nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el resultado lesivo, la sentencia del Tribunal Supremo de 17 de abril de 2007 declaraba que “la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se

pueda producir, así señala la sentencia de 14 de octubre de 2003 que: “Como tiene declarado esta Sala y Sección, en sentencias de 30 de septiembre del corriente, de 13 de septiembre de 2002 y en los reiterados pronunciamientos de este Tribunal Supremo, que la anterior cita como la Sentencia, de 5 de junio de 1998, la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquella de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas, convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro Ordenamiento Jurídico. Y, en la sentencia de 13 de noviembre de 1999, también afirmamos que “Aun cuando la responsabilidad de la Administración ha sido calificada por la Jurisprudencia de esta Sala, como un supuesto de responsabilidad objetiva, no lo es menos que ello no convierte a la Administración en un responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que, como antes señalamos, es necesario que esos daños sean consecuencia directa e inmediata del funcionamiento normal o anormal de aquélla””.

En reclamaciones derivadas de prestaciones sanitarias, la jurisprudencia viene declarando que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”* - sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril, 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010 -, por lo que *“la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de*

la forma más ilimitada posible” -entre otras, sentencias del Tribunal Supremo de 10 y 16 de mayo de 2005-.

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 2012 declaraba: “(...) *debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2009, recurso 9484/0.00 , con cita de las de 20 de junio de 2007 y 11 de julio del mismo año).*”

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la lex artis (...).”

Así las cosas, cuando, atendidas las circunstancias del caso, cuando la asistencia sanitaria se ha prestado conforme al estado del saber y con adopción de los medios al alcance del servicio, el resultado lesivo producido no se considera antijurídico, tal y como también se declaraba en las sentencias citadas y en la sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, refiriéndose a la de 22 de diciembre de 2001 y en la de 25 de febrero de 2009, con cita de las de 20 de junio y 11 julio de 2007. En otro caso, cuando se ha incurrido en infracción de la lex artis, el daño y perjuicio producidos son antijurídicos y deben ser indemnizados.

SEXTO.- La responsabilidad que aquí se está tratando es de carácter objetivo o por el daño, con abstracción hecha, por lo tanto, de la idea de culpa. Basta que este se haya producido y que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal del servicio público, en los términos que se acaban de indicar, para que surja el deber de indemnizar.

Lo anterior, sin embargo, no significa, que no haya que probar la concurrencia en cada caso concreto de los citados requisitos. Por eso en aplicación de la remisión normativa establecida en el artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio, debe de tenerse en cuenta que rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1214 de Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios y los hechos negativos.

Así, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

Resulta que cuando, para apreciar algún punto de hecho de relevancia para resolver el proceso, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales, se establece, como cauce adecuado para hacerlos llegar al mismo, el de la prueba pericial, aunque se ha de señalar que los informes periciales no acreditan por sí mismos y de una forma irrefutable una determinada valoración y apreciación técnica de los hechos o datos aportados al proceso, sino que expresan el juicio o convicción de los peritos con arreglo a los antecedentes que se les han facilitado, sin que necesariamente prevalezcan sobre otros medios de prueba, ya que no existen reglas generales preestablecidas para valorarlos salvo la vinculación a las reglas

de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso, pero es claro que la fuerza probatoria de los dictámenes periciales reside en gran medida en la cualificación técnica de los peritos, en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes y en la fundamentación y coherencia interna de sus informes.

Las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En el presente caso ha sido aportado al procedimiento un informe pericial elaborado a instancia de la parte actora, informe al que más arriba nos hemos referido y que, en parte, figura recogido en los fundamentos de derecho de la presente sentencia.

También han sido aportados al proceso sendos informes periciales elaborados por la compañía aseguradora de la administración demandada, a los que también nos hemos referido más arriba.

Y, también constan en el expediente administrativo diversos informes técnicos elaborados por los diversos servicios intervinientes en el proceso asistencial del paciente con anterioridad al informe dl Servicio de Inspección Sanitaria, al que también nos hemos referido más arriba.

Dado el carácter técnico de la cuestión sometida a consideración de este Tribunal se trata de determinar con fundamento en dichos informes si, como sostiene la actora, la atención sanitaria que le fue prestada no cumple las exigencias de la buena práctica médica habiéndosele derivado un daño antijurídico que no tiene el deber de soportar.

Aunque el informe de la Inspección Sanitaria, así como el resto de informes obrantes en el expediente administrativo de los servicios médicos intervinientes en el proceso asistencial de la paciente, no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad,

objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector y de la coherencia y motivación de su informe.

SÉPTIMO.-Pues bien, este tribunal, valorando el contenido de dichos informes técnicos estima que, efectivamente, como se reclama, procede estimar que se ha producido una infracción de la buena praxis en la atención sanitaria prestada a doña M _____ Á _____, y en los términos que pasamos a exponer.

Si comenzamos citando el contenido y conclusiones del informe de 14 de marzo de 2013, elaborado por la inspección sanitaria, resulta claro a tenor del contenido de dicho informe que se considera parcialmente inadecuada la asistencia sanitaria dispensada a la paciente por el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, del Hospital Santa Cristina, a pesar de que la intervención de sustitución de cadera estaba indicada y que la misma transcurrió sin incidencias, y a pesar de que considera que la paciente estaba informada de las características de la intervención y que conocía los riesgos o complicaciones que pudieran derivarse de la misma al haber firmado el correspondiente documento de consentimiento informado. Considera la inspección sanitaria que la intervención quirúrgica de implantación de prótesis estaba indicada y que también estaba indicada el tipo de prótesis elegida en atención a las características, circunstancias y edad de la paciente, al tratarse de una persona joven, facilitando el tipo de prótesis elegido la posibilidad de realizar en el futuro recambios de la misma y teniendo en cuenta que el desgaste del material de los componentes de la prótesis es una de las complicaciones más frecuentes de la artroplastia de cadera, y de la que la paciente había sido advertida.

Resulta muy ilustrativa la explicación que se realiza en dicho informe respecto de las recomendaciones formuladas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, que emitió una nota de seguridad sobre determinados tipos de prótesis de cadera, entre las cuales se encuentra la que le fue implantada a la actora, en fecha 16 de octubre de 2010. Se nos explica que el problema observado fue un aumento del número de aflojamientos detectados a los cinco años de implantadas estas prótesis y la posible cesión de restos metálicos de la aleación cromo cobalto a los tejidos circundantes a la prótesis que pueden causar dolor e inflamación; y también se nos explica que a través de esta alerta se comunicaba el cese de implantación y retirada del mercado de estas prótesis así como las acciones a llevar a cabo con los pacientes,

y que estas recomendaciones recogen las sugerencias de actuación de práctica clínica de la Sociedad Española de Cirugía de Cadera.

Con posterioridad, también se nos explica en dicho informe de la inspección sanitaria, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, actualizó la información sobre las prótesis de cadera metal-metal, emitiendo una serie de recomendaciones en relación con el seguimiento de los pacientes implantados teniendo en cuenta la experiencia acumulada y las directrices elaboradas por las sociedades médicas especializadas Sociedad Española de Cirugía de Cadera. Entre estas recomendaciones para la toma de decisiones sobre los pacientes portadores de prótesis de cadera de par metal-metal, y a fin de efectuar una correcta evaluación de los mismos, se expresa, entre otras, la relativa a *“cualquier nuevo dolor en cadera, especialmente inguinal. Aparición de edema o masa palpable en alguna zona alrededor de la cadera. Cojera”*

Por tanto, teniendo en cuenta las citadas recomendaciones para pacientes con prótesis de superficie metal-metal no ASR, como es el caso de la aquí actora, y con manifestación clínica de dolor, como era el caso, claramente estaba indicada la solicitud de determinaciones de iones cromo y cobalto, en suero y orina. Sin embargo, según se pone de relieve en el citado informe, y a pesar de que la paciente venía aquejando dolor desde los seis meses de la intervención quirúrgica (realizada el día 10 enero 2011), en fecha 5 de junio de 2012 aun no se habían solicitado las determinaciones de iones cromo y cobalto, como está indicado. Por tal motivo se califica de inadecuada y contraria con la praxis dicha actuación, no estando acorde con lo aconsejado en la práctica clínica por la AEMPS y la SECCA.

Se pone de relieve en dicho informe que habiendo sido solicitadas dichas determinaciones por la clínica privada a la que la paciente recurrió para obtener una segunda opinión, las determinaciones de los iones cromo y cobalto el 18 de junio de 2012 mostraron cifras elevadas que aconsejaban un recambio de prótesis, llevándose a cabo la intervención para recambio de prótesis se realizó el día 20 de septiembre de 2012 en la Clínica CEMTRO, habiendo determinado el estudio anatomopatológico de los tejidos extraídos en dicha intervención la existencia de abundante material extraño protésico e infiltrado inflamatorio.

En términos que resultan concordantes con dicho informe técnico, el informe pericial aportado por la compañía aseguradora, de 25 de febrero de 2014, expresa que en la actualidad se siguen poniendo dicho tipo de implantes metal-metal, y que la metalosis es el resultado del roce de los componentes de la prótesis de cadera entre sí mismos, ocasionando

la liberación de partículas microscópicas de cromo y cobalto al cuerpo del paciente, lo cual puede dar lugar a reacciones adversas que requieren la remoción del implante y recambio por otro modelo protésico diferente, precisando que con los conocimientos de hoy envía estos pacientes precisan seguimiento y controles de sangre para valorar los niveles de Cr, Co.

En relación al caso concretamente analizado también se hace constar en dicho informe que en la revisión realizada a la paciente a los 6 meses de la cirugía presentaba dolor en región inguinal, habiéndose realizado una radiografía de cadera; y expresando que la paciente también presentaba dolor inguinal y dolor lumbosacro a los nueve meses de la intervención quirúrgica. Y, en sus conclusiones, expresa *“En un análisis de la historia clínica consideramos que existió un retraso diagnóstico de un proceso de metalosis que está relacionado con los implantes metal-metal, descrito en la bibliografía. Este retraso no influye en el tratamiento puesto que la indicación es el recambio protésico por una prótesis convencional, como así se realizó.”*

Y en términos que resultan coherentes con lo expuestos en los anteriores informes técnicos debemos también decir que en el informe pericial aportado por la parte actora, en sus conclusiones, se afirma que *“no se realizan determinaciones de Cr y Co en tiempo y forma. Dolor a los 6 meses de la cirugía, manteniéndola con un dolor incapacitante y sometiéndola a los riesgos de una intoxicación sistémica a metales pesados”*; y, también se afirma, que *“no se siguen las recomendaciones de la AEMPS y de la SECCA ante la implantación de una prótesis de par de fricción metal-metal.”*

Por tanto, resulta de ineludible afirmación que la intervención quirúrgica para la implantación de prótesis realizada la actora el día 10 de enero de 2011, estaba indicada, así como el tipo de prótesis elegido para la actora, en atención a sus circunstancias personales, y por razón de edad y posibilidades de recambio en el futuro de la prótesis que le iba a ser implantada, por lo que no cabe afirmar que concurra una deficiente atención sanitaria por falta de indicación quirúrgica de implantación de prótesis o por el modelo de prótesis implantado. Sin embargo, resulta claro que la práctica clínica que debió de ser observada con la paciente en los meses posteriores al post-operatorio se apartó de las reglas de la buena praxis dado que, constanding que la paciente ya refería dolor a los seis meses de la intervención quirúrgica (así consta en las anotaciones de la historia clínica de la paciente de fecha 12 de julio de 2011), y dado que las recomendaciones de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios habían sido hechas en octubre de 2010, esto es, en

fecha anterior a la fecha de la intervención quirúrgica, ya referían no sólo a los aflojamientos detectados respecto de las prótesis implantadas sino también a que pudieran causar dolor e inflamación.

Por tanto, en atención al contenido de dichos informes técnicos este tribunal estima que en el mes de julio de 2011, la sintomatología dolorosa que padecía la paciente, cuando acudió a su revisión, debió de alertar de manera suficiente para realizar las determinaciones de iones de cromo cobalto. Y, por tanto, debemos de situar en dicha fecha el momento a partir del cual se produjo una defectuosa atención sanitaria respecto de la paciente, sin que proceda demorar la determinación de dicho momento al mes de enero del año 2012, fecha en la cual se expresa en la historia clínica la duda sobre la existencia de una posible metalosis, dado que las recomendaciones citadas eran claras al respecto y debieron de haber alertado de la necesidad de realizar dicha determinación.

Resulta muy expresivo el informe de la inspección sanitaria cuando afirma que habiendo sufrido la paciente dolor desde los seis meses de la intervención de prótesis de cadera, e independientemente de haberse solicitado radiografías de cadera, e independientemente de que su resultado hubiese sido, o no, patológico, procedía haber solicitado la determinación de iones cromo y cobalto siguiendo las indicaciones de la AEMPS y de la SECCA, y especialmente cuando ya se sospechaba de una posible metalosis, tal y como se hizo constar en la historia clínica respecto de la consulta del día 10 de enero de 2012.

Consecuentemente con lo expuesto también debemos concluir, como se solicita por la demandante, que tanto la infiltración que le fue realizada el día 18 de octubre de 2011, así como la intervención quirúrgica de tenotomía de aductores que le fue realizada el día 7 de marzo de 2012, no resultaban justificadas. Según consta en los datos de la historia clínica, el 10 de enero de 2012 la paciente continuaba con dolor que no había mejorado con la infiltración y, en ese momento, se duda sobre la posibilidad de que la paciente sufra una metalosis; y, con posterioridad a la intervención quirúrgica de tenotomía de aductores también consta anotado en la historia clínica que el día 5 de junio de 2012 la paciente se encontraba con el mismo dolor que antes de la intervención quirúrgica.

OCTAVO.- En relación a la alegada infracción de la buena práctica médica por no haber sido informada la actora de los riesgos y características de la intervención quirúrgica a

la que iba a ser sometida el día 10 de enero de 2011, por defectos del consentimiento informado, este tribunal estima que procede rechazar dicha alegación.

Consta en el expediente administrativo correspondiente a la historia clínica de la paciente el consentimiento informado que fue entregado y firmado por la paciente con anterioridad a la intervención quirúrgica de implantación de prótesis de cadera del tipo descrito más arriba.

Se afirma por la demandante que no fue informada de los riesgos específicos que podía sufrir como consecuencia del tipo de prótesis que se le iba a implantar y, en concreto, utilizando las mismas palabras que las contenidas en el informe pericial por ella ha aportado, porque el documento de consentimiento informado que le fue suministrado no realizaba mención específica de la metalosis y a los efectos de los metales pesados, Cr y Co como complicación de este proceso.

Por el contrario, la compañía aseguradora de la administración demandada, en base al informe elaborado por los peritos de su elección y firmantes de la prueba pericial aportada, expresa que la actora firmó el documento de consentimiento informado de COT para PTC en el que figura las complicaciones posibles en esta cirugía, y, concretamente, *“j) las complicaciones últimas pueden ser desgaste del material, aflojamiento, dolor e inestabilidad que obligarían a un recambio”*; también se destaca que en dicho documento la actora expresa estar satisfecha *“con la información recibida, he comprendido toda la información que se me ha proporcionado y todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas”*, y firma el documento de consentimiento informado para anestesia y transfusión de sangre y hemoderivados.

No podemos omitir el contenido del informe de la inspección sanitaria que en este concreto particular expresa que la paciente estaba informada de la intervención y había firmado un documento de consentimiento informado en el que se advertía de los riesgos o complicaciones, entre otros, el desgaste de material, siendo dicho desgaste del material de los componentes de la prótesis, una de las complicaciones más frecuentes de la artroplastia de cadera, de la que, estima, la paciente había sido advertida

Este tribunal, también estima que la paciente conocía la posibilidad de desgaste del material de la prótesis que le iba a ser implantada o de alguno de los componentes de la misma, y que dichas complicaciones se califican de frecuentes en la cirugía a la que iba a ser sometida; asimismo también conocía la posibilidad de sufrir dolor.

Es por ello por lo que aún cuando en el documento de consentimiento informado no apareciera expresado, como causa de dicho dolor o como causa del desastre de la prótesis o de alguno de sus componentes, la concreta causa que aquí aconteció, derivada del tipo de prótesis y metalosis, entendemos que no se ha producido una vulneración del derecho de la paciente a ser informada de los riesgos de la intervención quirúrgica dado que, como decimos, con independencia de que el dolor pueda estar provocado por una o por otra causa es lo cierto que la paciente conocía que la intervención quirúrgica tenía, entre otros riesgos, la posibilidad de sufrir dolor así como el desgaste de la misma, aflojamiento, o inestabilidad, en definitiva causas que pudieran obligar a realizar un recambio de la prótesis, como ocurrió en el presente caso en el cual así aconteció habiéndose realizado un recambio de la prótesis de la actora en el mes de septiembre de 2012, 3 meses después de que se hicieran las determinaciones de iones cromo y cobalto en la clínica privada, el día 18 de junio de 2012.

Por tanto, por tales motivos, este tribunal estima que no constituye un concepto indemnizable el daño moral que se afirma se ha producido como consecuencia de la alegada defectuosa información a la paciente de los riesgos de la misma.

NOVENO.- Queda por abordar la cuestión relativa a la determinación del quantum indemnizatorio que procede reconocer en favor de la actora.

Una vez determinada la responsabilidad en la que ha incurrido la Administración demandada procede recordar que la indemnización que proceda reconocer a favor de el perjudicado ha de tender a la reparación integral, comprendiendo todos los daños alegados y probados por los perjudicados, con exclusión de las meras expectativas, pero abarcando el daño moral, concepto éste que reviste una categoría propia e independiente de las demás, y comprende tanto el daño moral como los sufrimientos físicos y psíquicos padecidos por los perjudicados.

A la hora de efectuar su cuantificación, la Jurisprudencia ha optado por efectuar una valoración global que derive de una “apreciación racional aunque no matemática”, pues se “carece de parámetros o módulos objetivos” debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, aun reconociendo las dificultades que comporta la conversión de circunstancias subjetivas en una suma dineraria.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de junio de 1999 establece que es difícil valorar económicamente los daños corporales con indudable trascendencia psicológica, de ahí que el artículo 141 de la Ley 30/92 remita para su cálculo a criterios establecidos en legislaciones aplicables como módulos objetivos a los que poder atenerse. Y así este Tribunal ha utilizado como norma orientativa y no vinculante la Ley del Seguro Privado de 8 de noviembre de 1995, donde viene descrita la lesión, los puntos asignados, así como el valor de aquellos en función de la edad y otros factores de corrección, incluyendo en todo caso, el daño moral. Sobre esta normativa, la Resolución de 27 de enero de 2011, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones da publicidad a las cuantías actualizadas de las indemnizaciones.

Pues bien, en el caso analizado este tribunal estima que procede fijar la cuantía indemnizatoria que procede reconocer a favor de la actora en la cantidad total de 100.000 €, cantidad que se califica como deuda de valor y que se estima actualizada a la fecha de la presente sentencia. Dicha cantidad, entiende este tribunal, debe de indemnizar el daño y sufrimiento padecido por la paciente así como la incertidumbre sufrida durante un importante lapso de tiempo, a partir de los seis meses de la intervención quirúrgica, y durante el cual experimentó dolor físico e incertidumbre, sin los medios terapéuticos (infiltraciones) que le fueron aplicados, e intervención quirúrgica (tenotomía) mejoraran su dolor más que en un primer momento. En definitiva, se valora por este tribunal que en el mes de julio de 2011 la actora padecía dolor y que dicho síntoma bien pudo haberse atribuido a la composición de la prótesis que le había sido implantada y debió de orientar al personal médico para solicitar las determinaciones de iones; que la actora fue sometida a una infiltración; que fue sometida a una intervención quirúrgica de tenotomía, con la consiguiente cicatriz; y que vivió desde aquella fecha, julio de 2011, y hasta que le fue sustituida la prótesis, la incertidumbre derivada de sufrir dolor y “no encontrarse bien” a consecuencia de una prótesis que, según todos los informes técnicos aportados a los autos, debió de haber sido sustituida con anterioridad al haberse realizado la determinación de iones. Estimamos que dicha cantidad debe de integrar la totalidad de los conceptos indemnizables así como completar el resarcimiento del daño sufrido por la actora, sin que proceda incrementar dicha cantidad hasta la total solicitada en la demanda no sólo porque no se estima procedente la indemnización por daño moral derivada de una defectuosa información que le hubiera sido brindada a la paciente respecto de la intervención quirúrgica de implantación de prótesis de cadera, que hemos desestimado, sino también porque siendo

el tratamiento debido el recambio de la prótesis el retraso en dicho recambio resulta indemnizado habida cuenta de que el recambio de la prótesis es el único tratamiento indicado. Así ha acontecido pues, habiendo recurrido la actora a la medicina privada, y habiéndose realizado las determinaciones de cromo y cobalto el 18 de junio de 2012, la intervención de recambio de prótesis se realizó tres meses más tarde, el 20 de septiembre de 2012. Por tanto, de dicho contraste de fechas se deriva que si bien la intervención de recambio de prótesis era la indicada y debía realizarse, su realización inmediata no resultaba de todo punto exigible. Es por ello que entendemos que no queda acreditado el daño producido como consecuencia de dicho retraso, y, en este sentido el informe pericial aportado por la actora únicamente afirma que el retraso en el recambio de la prótesis “puede” producir peores resultados que se hubiera realizado de manera precoz.

En definitiva, procede la estimación parcial del recurso que venimos analizando.

DECIMO.- A tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, en la redacción que le dio la Ley 37/2011, y habiendo sido estimado parcialmente el recurso, no procede realizar declaración en cuanto a las costas procesales.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación,

Por la potestad que nos confiere la Constitución Española;

FALLAMOS

Que debemos estimar parcialmente el presente recurso contencioso administrativo número **554/2013**, interpuesto por el Procurador don **Luis Pidal Allendesalazar**, en nombre y representación de doña **M. A. M. J.** contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación formulada por la recurrente frente a la Consejería de Sanidad con fecha 17 de diciembre de 2012 en concepto de responsabilidad patrimonial y reconocer su derecho a ser indemnizada en la cantidad de 100.000 €, cuantía en la que se valoran los daños y perjuicios por ella sufridos; sin costas.

Notifíquese esta Sentencia a las partes en legal forma, haciendo la indicación de que contra la misma no cabe interponer recurso de casación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 86.2.a) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Así por esta nuestra Sentencia, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior Sentencia por el Magistrado Ponente, la Ilma. Sra. D^a. M^a. del Camino Vázquez Castellanos, estando celebrando audiencia pública, el día 14 de julio de 2016. Doy fe.