



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 5 2 / 2 0 2 0

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 5 de noviembre de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 405/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 29 de mayo de 2019, a instancias de (...), como consecuencia de los daños producidos en la asistencia sanitaria recibida en dependencias de un centro concertado del SCS.

2. El interesado cuantifica la indemnización que reclama en 20.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

4. En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por el Hospital (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento, al ser éste también presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada.

Dado que el concierto sanitario es un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 LRJSP, es de aplicación el art. 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 59/2014 y 406/2016 y 287/2017): *«(...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCAP».*

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la

Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación de responsabilidad patrimonial, pues se presentó el 29 de mayo de 2019, respecto de un hecho cuyas secuelas quedaron determinadas el 28 de mayo de 2019 (art. 67 LPACAP).

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El interesado basa su pretensión resarcitoria en los siguientes hechos:

Con fecha 6 de abril de 2018 fue intervenido en el Hospital (...) de una retracción del dedo meñique de la mano izquierda.

Transcurridos 8 días le retiran los puntos alternos y el día 19 le retiran el resto de la sutura.

La cirujana le indica que estire el dedo continuamente, y el reclamante lo hace varias horas al día.

Se le cita un mes más tarde, pero le avisan del hospital anulando la cita y programando una nueva para el mes de julio. Nuevamente se anula por período de vacaciones y es visto en el mes de septiembre. Se pone infiltración en la zona afectada que no sirvió para nada.

Es visto nuevamente en octubre por la doctora que realizó la intervención, quien lo remite a Rehabilitación durante dos semanas, sin obtener mejoría debido al tiempo transcurrido desde la intervención.

Actualmente tiene impotencia para utilizar la mano afectada por dolor continuo.

El objeto de la reclamación se concreta en los daños ocasionados en la mano por la tardanza en vigilar el postoperatorio.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«El 19 de marzo de 2001 el paciente, que fue remitido por el Traumatólogo desde el Centro de Especialidades de La Laguna al Servicio de Traumatología del HUC por Enfermedad de Dupuytren, es valorado en dicho hospital por la enfermedad en la mano derecha. Ingresa esta fecha para tratamiento quirúrgico y es intervenido de dicha afectación.

El 14 de marzo de 2007 la médico de cabecera del Centro de Salud de Geneto en La Laguna escribe en historia clínica que el paciente “presenta Dupuytren en mano izquierda, derivó a Traumatología. Ya intervenido hace 10 años de la derecha”.

El 31 de julio de 2008 la médica de cabecera anota en historia clínica de A.P. que “ya fue intervenido de la contractura de Dupuytren de mano izquierda.”

El 4 de noviembre de 2009 la médico de cabecera remite al paciente al Servicio de Traumatología para valorar lesiones residuales de Dupuytren en mano izquierda.

El 28 de noviembre de 2017 la médico de cabecera remite al paciente al Servicio de Cirugía: “varón de 76 años con Enfermedad de Dupuytren intervenida, presenta dolor y retracción en quinto dedo mano izquierda, solicito valoración por Cirugía”.

En historia clínica del HUC el 22 de diciembre de 2017, en Historia Clínica de Traumatología: “antecedentes patológicos de Diabetes e HTA”, anotan este día que ya había sido intervenido Enfermedad de Dupuytren años antes, en este día anotan: “presenta Dupuytren en mano izquierda, en quinto dedo con retracción metacarpofalange de 50 grados, y de interfalángica proximal de 45 grados”. Apunto en lista de espera quirúrgica para fasciectomía selectiva.

La fecha de solicitud al Hospital (...) al Servicio de Traumatología y Ortopedia por el Servicio de Traumatología y Ortopedia del HUC para la intervención es el 24 de enero de 2018, y se acepta el 5 de marzo de 2018 con carácter programado: “liberación de bursa y ligamento mano izquierda, abordaje abierto”.

El 19 de marzo de 2018 es valorado en Hospital (...)

Anotan: “paciente intervenido por Dupuytren hace unos años en mano izquierda, que ha presentado recidiva por lo cual lo derivan de la lista de espera quirúrgica la exploración: banda fibrosa en quinto radio que se extiende al tercero, retracción de quinto dedo a nivel de MCF. Cicatrices de cirugía anterior”.

El diagnóstico es de fibromatosis de fascia palmar (de Dupuytren). Tratamiento: Fasciotomía palmar.

Firma consentimiento informado para anestesia el 28 de marzo de 2018 y para la cirugía el 19 de marzo de 2018.

Con fecha 6 de abril de 2018, a la edad de 76 años, fue intervenido en el Hospital (...) de retracción del dedo meñique de la mano izquierda.

Antecedentes quirúrgicos: Dupuytren bilateral, evolución postoperatoria informan favorable y remiten a domicilio con recomendaciones al alta de si alguna alteración durante la recuperación, volver al Servicio de Urgencias del Hospital.

Los días 10,12,17 y 24 de abril se realizan curas de la herida, con buena evolución de la misma.

El 10 de abril de 2018 es valorado en el Hospital (...) por el Servicio de Traumatología donde anotan: "buena evolución, estira de forma completa. Herida trasudando sin signos de infección."

Vuelve a ser valorado por el Servicio el 12 de abril de 2018 y anotan: "buena evolución, sin dolor. Buena extensión".

Vuelve el día 17 de abril de 2018 y anotan: "buena evolución, herida con buen aspecto.

El 24 de abril de 2018: bien Cita en 5 semanas".

El 13 de julio de 2018 valora el Servicio de Traumatología de (...) la cirugía, y anotan: "herida bien cicatrizada. Molestias sobre la cicatriz, se infiltra anestésico local y corticoides, cito en 4 semanas con Rx de control, "primera vez según historial que se comenta algo sobre molestias en la zona operada".

El 16 de agosto de 21018 herida bien cicatrizada pero sigue con molestias, no está contento con el resultado funcional, citar (...) para tratamiento sucesivo.

El 18 de septiembre de 2018: "es citado en el día de hoy para valorar de la funcionalidad así como el estado de la herida y no acude a la cita".

El 27 de septiembre de 2018 refiere la historia clínica de la visita al Traumatólogo del Hospital (...): "presenta retracción de la piel importante que condiciona limitación para la extensión (...) se indican ejercicios y se coloca férula en extensión.

Se remite a tratamiento rehabilitador". Primera vez en que se comunica retracción en la zona.

El 2 de octubre de 2018: "mejor clínicamente. MCF (metacarpofalángico) en 30 grados de flexión, plan es continuar utilizando la férula en extensión el mayor tiempo posible, presoterapia (...)".

El 4 de octubre de 2018 anotan por médico del Servicio de Rehabilitación del Hospital (...) que es remitido al mismo por limitación a la extensión.

Exploración: "mano izquierda cicatriz fibrosa en quinto dedo con limitación a la extensión MCF 10 grados e IFP (interfalángica proximal) 30 grados. Tratamiento: masoterapia y USP".

En Rehabilitación desde el 8 de octubre hasta finales de mes.

El 23 de octubre de 2018 igual evolución (...) se propone reintervención para liberación de la zona más proximal de la cuerda y zetaplastia, queda pendiente de la decisión por parte del paciente.

El 19 de marzo de 2019 en el HUC historial clínico anotan: "acude y solicita valoración tras intervención mano izquierda el 6 de abril de 2018 en Hospital (...) por enfermedad de Dupuytren.

Actualmente presenta cicatriz amplia palmar con trayecto fibroso retráctil y manteniendo en flexo la MCF del quinto dedo.

Ante la disconformidad de resultados por parte del paciente remito a la Unidad de Mano en el HUC".

El 28 de mayo de 2019 es valorado en el HUC y anotan: "paciente hombre de 77 años. Diestro, jubilado.

Derivado por recidiva de enfermedad de Dupuytren en mano izquierda, intervenido en (...) Presenta importante cicatriz rectilínea retráctil, a nivel de quinto radio zona palmar con signos de adherencias profundas, retracción metacarpofalángica de menos 60 grados, coloración discretamente más blanquecina que el resto de los dedos, sensibilidad conservada.

Explico posibilidad de reintervención con riesgos de lesión de colaterales nerviosos y vasculares por adherencias por lo que prefiere no intervención quirúrgica. No se beneficiaría de infiltraciones ni Rehabilitación en el momento actual"».

El SIP realiza las siguientes consideraciones:

«La contractura de Dupuytren es una retracción progresiva de las bandas faciales palmares que produce deformaciones en flexión de los dedos, provocan una retracción de los dedos que finalmente hace que la mano parezca una garra. La contractura de Dupuytren se desarrolla en personas con predisposición genética. Los síntomas característicos incluyen la formación de un nódulo en la palma de la mano y, con el tiempo, la retracción de los dedos. Los médicos establecen el diagnóstico basándose en la exploración física de la mano. La contractura de Dupuytren es un trastorno hereditario común que afecta por lo general a los varones, especialmente después de los 45 años de edad. Sin embargo, ser portador del gen anómalo no garantiza que alguien vaya a padecer el trastorno. Alrededor del 5% de las personas en Estados Unidos sufren la contractura de Dupuytren. En el 50% de quienes la sufren, el trastorno afecta a ambas manos. La contractura de Dupuytren es más frecuente en quienes padecen diabetes, alcoholismo o epilepsia.

Se desconocen los factores específicos que causan el engrosamiento y la retracción de la fascia de la palma de la mano. Suele ser necesaria cirugía cuando la mano no puede colocarse plana sobre una mesa, cuando los dedos están tan encorvados que la función de la mano se ve limitada o cuando muchos dedos están afectados. La cirugía para extirpar la fascia afectada es difícil, porque esta se sitúa alrededor de nervios, vasos sanguíneos y tendones.

La enfermedad de Dupuytren es frecuente. Los pacientes desarrollan un tejido similar a una cicatriz bajo la piel palmar de la mano que retrae los dedos hacia la palma y puede afectar la función. Este trastorno causa limitaciones funcionales, pero puede tratarse mediante diversas técnicas quirúrgicas. Como afección crónica, tiende a recurrir.

Como la afección se relaciona en parte con la genética tiende a regresar incluso después del tratamiento exitoso. No está claro cuál es el tratamiento más efectivo».

Finalmente, el SIP alcanza las siguientes conclusiones:

«1.- El paciente firma consentimiento informado el 19 de marzo de 2018, en dicho consentimiento se explica la enfermedad, que es, lo que produce, indicaciones, el procedimiento a realizar, los objetivos, el postoperatorio, las consecuencias seguras y los riesgos típicos, alternativas (...) y ello se realiza de forma clara y amplia en dicho consentimiento.

Entre los riesgos típicos figura, entre otros varios, la reaparición de la enfermedad en la zona intervenida o en otras zonas (extensión de la enfermedad), rigidez de las articulaciones de los dedos, cicatriz de la herida dolorosa (...)

2.- La cirugía estaba indicada [gravedad, estado de la mano (...)]. La cirugía realizada se hizo correctamente, no hubo fallo en la misma, no se contemplan complicaciones durante la cirugía, sangrado (...) el paciente tiene un postoperatorio normal.

Tras lectura de la historia clínica, el transcurso del postoperatorio (éste se detalla en la relación de los hechos) y el control del mismo existió tal cual y se considera correcto.

Los problemas en la mano se observaron tras un periodo de normalidad, de meses, fue un proceso evolutivo el empeoramiento, lo cual corresponde a la tipología de la enfermedad de Dupuytren, no a la cirugía efectuada.

3.- Los datos clínicos durante el tiempo que padece la enfermedad nos refieren que el paciente se opera en el año 2001 de la enfermedad de Dupuytren de la mano derecha.

En 2008 se interviene por primera vez de la mano izquierda.

En 2009 en historia clínica de Atención Primaria se comprueba la existencia de lesiones después de la cirugía en mano izquierda.

En 2017 la médico de cabecera ya observa retracciones remite al HUC por dolor y retracción en quinto dedo mano izquierda.

En 2017 se anota en historia clínica la existencia de lesiones de Dupuytren quinto dedo de la mano izquierda y se deriva al Servicio de Traumatología del HUC donde comprueban la enfermedad de Dupuytren en mano izquierda y anotan en lista de espera, de la cual es derivado al Servicio de Traumatología del Hospital (...) donde es intervenido el 6 de abril de 2018.

El 13 de julio de 2018 el paciente refiere molestias en la zona de la cicatriz, y el 27 de septiembre de 2018 es cuando se comprueba retracción de la piel importante. En esta fecha se observa la reaparición de la enfermedad.

Lo relatado previamente [comprobado en historia clínica de Atención Primaria, del HUC y del Hospital (...)] nos informa que el padecimiento de la enfermedad de Dupuytren por parte del paciente y reclamante (...) es padecido, conocido y ya intervenido con años de antelación a la cirugía de la mano izquierda en 2018. Primero intervienen quirúrgicamente la mano derecha, después la mano izquierda, en esta persiste lesiones que requieren en 2017 la remisión para nueva intervención quirúrgica en la misma.

La intervención realizada en la mano izquierda en 2018 en el Hospital (...) por tanto se realiza en una mano previamente operada y que repite lesiones.

La cirugía deja cicatrices per se.

4.-. El estado actual de las articulaciones de la mano izquierda y dedos es consecuencia de la enfermedad que sufre el paciente. La causa de la enfermedad de Dupuytren es desconocida y se cree el origen es genético.

Por lo relatado en el historial clínico parece que la mano derecha, primera operada, no está afectada o por lo menos no de forma relevante, lo cual es importante dado que el paciente es diestro.

El índice de recurrencias es del 50% desde que se opera hasta que pasan 10 años, pudiendo aumentar cuando se trata de una reintervención, como bien dice en el informe preceptivo la especialista en Traumatología del HSJD.

5.- No se valora mala praxis».

3. Dictado Acuerdo Probatorio, se acordó el preceptivo Trámite de Audiencia, sin que ni el reclamante ni el centro concertado presentaran escrito de alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, al entender que no concurren los requisitos exigibles para conformar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 64/2020, de 18 de febrero), que según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la

Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Como también hemos dicho en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 57/2020, de 18 de febrero), en el ámbito de la sanidad, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea*

objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara también:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que la impotencia para utilizar la mano afectada por dolor después de ser intervenido por retracción del dedo meñique de la mano izquierda (enfermedad de Dupuytren) es consecuencia de la tardanza en vigilar el postoperatorio.

Sin embargo, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

El interesado no aporta medios probatorios que sustenten sus alegaciones. Sin embargo, de la documentación clínica y de otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que se le prestó una adecuada atención médica, ya que según el SIP la intervención estaba indicada y se hizo correctamente, no hubo fallo

en la misma, no se contemplan complicaciones durante la cirugía, con un postoperatorio normal, esto es, sin que se aprecie mala praxis en la intervención quirúrgica.

Consta en la historia clínica que, tras ser intervenido el 6 de abril, y en contra de lo que el reclamante expone (que el 19 de abril de 2018 se le da cita para un mes después, anulándola y citándolo para julio, y que nuevamente se le vuelve a anular esa cita, y no es visto hasta el mes de septiembre de 2018), es visto los días 10, 12, 17 y 24 de abril, para valorar el postoperatorio. Este último día del mes de abril, tal y como consta registrado, se cita para ser visto en 5 semanas, es decir, para el mes de junio. El paciente ya había sido informado de los ejercicios que debía realizar para su evolución.

Además, consta que fue visto por otro facultativo el día 13 de julio de 2018, que valora al paciente, que presenta molestias en la cicatriz, e infiltra anestésico y corticoides. Cita para cuatro semanas con control radiológico. Es visto nuevamente el día 16 de agosto de 2018, es decir, cumpliendo el plazo de cuatro semanas previsto. Se cita para el 18 de septiembre, pero no acude a la cita. Es visto de nuevo el día 27 de septiembre, y se remite a Rehabilitación. Visto de nuevo el día 2 de octubre, en el que queda registrado que está pendiente de comenzar tratamiento rehabilitador.

El 4 de octubre de 2018 (sólo 7 días después de haber sido remitido a Rehabilitación), se le indica mesoterapia como tratamiento, el cual inicia el día 8 y finaliza el 25 del mismo mes con revisión el día 29 de octubre. Desde el día 23 de octubre no acudió al tratamiento, quedando pendiente de citar.

El 23 de octubre de 2018, es visto de nuevo proponiéndose nueva reintervención, decisión que debía tomar el reclamante.

En definitiva, a la vista de la historia clínica, queda confirmado que el seguimiento del paciente fue constante y continuo.

Por último, el paciente firmó el correspondiente documento de consentimiento informado con fecha 19 de marzo de 2018, en el que se explica la enfermedad y, lo que es más importante, las consecuencias seguras y los riesgos típicos, así como las alternativas al tratamiento quirúrgico y ello se realiza de forma clara y amplia en dicho consentimiento.

Entre los riesgos figura, entre otros, la reaparición de la enfermedad en la zona intervenida o en otras zonas (extensión de la enfermedad), rigidez de las

articulaciones de los dedos, cicatriz de la herida dolorosa, que fue lo que le ocurrió al reclamante.

Como este Consejo ha razonado en múltiples ocasiones (ver por todos, el reciente Dictamen 421/2020, de 20 de octubre), *«integra la lex artis el deber de los servicios sanitarios de prestar a los pacientes información adecuada acerca de su enfermedad, de los tratamientos que pueden ser aplicados y de los posibles riesgos que estos conllevan, tal como dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El correcto entendimiento del deber que esta Ley impone exige que los pacientes reciban cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.*

Esta regulación legal implica, además, que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la lex artis y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando estas hayan sido conformes a la lex artis ad hoc. El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que de concretarse este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica».

4. En definitiva, este Consejo entiende que, la asistencia prestada ha sido en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, ya que se trató adecuadamente al reclamante, al ser una intervención indicada y haciendo el necesario seguimiento postoperatorio, a lo que hay que añadir que el paciente firmó el consentimiento informado, asumiendo los riesgos inherentes a la intervención; tanto esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis*, como el consentimiento informado de los riesgos que se asumen rompen el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama (que además no pueden considerarse antijurídicos).

Por ello, no es posible, al ser requisitos esenciales para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de

concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.