



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 7 5 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de febrero de 2021.

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. 28/2021 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 20 de enero de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el día 22 de enero de 2021.

2. La cuantía indemnizatoria (8.620,25 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) 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). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 17 de julio de 2019 respecto de un daño que quedó determinado el 4 de diciembre de 2019, cuando al alta de Rehabilitación, que participa en el alta del Servicio de Traumatología, según se aclara por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), se constata *«estado correcto de la mano derecha»*.

## II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Concretamente, alega en su escrito de reclamación lo siguiente:

*«Primero. - Que, el 20 de abril de 2019 sufrí una caída fortuita en mi casa por la que me dolía muchísimo la mano derecha razón por la que acudí al Centro de Salud de Güímar.*

*En dicho Centro de Salud se me realiza Rx de la mano en la que se aprecia fractura del 4º metacarpiano de la mano derecha y se solicita valoración por el COT.*

*En el COT el mismo día se realiza valoración en el servicio de Urgencias en el que se intenta reducir la fractura y al ser inviable se recomienda cirugía, solicitándose en ese*

*momento preanestesia e inclusión en lista de espera. La operación se produce finalmente el 25 de abril de 2019.*

*Segundo.-Que, conforme transcurren los días compruebo cómo el nudillo aparece desplazado hacia la muñeca, como se comprueba de las siguientes fotografías (aporta fotos).*

*A la vista de ello se me interviene de urgencia el 17 de junio de 2019, viéndose obligado el nuevo cirujano a romper los huesos nuevamente para que se consolidaran correctamente, lo que evidentemente ha supuesto un mayor tiempo de recuperación, al punto que al día de hoy me encuentro de baja, sin que además se pueda determinar aún si me quedarán secuelas de limitación de movilidad.*

*Que, obviamente la segunda intervención se ha producido por la defectuosa forma en que se realizó la primera por otro cirujano, tal es así que la cirugía de corrección se realiza por otro especialista sin tan siquiera yo solicitar el cambio. De esta forma, y sin justificación alguna me he visto obligada a soportar una prórroga de mi situación de incapacidad temporal en la que me veo limitada para el desarrollo de mi vida privada pues además concurre el hecho de que soy diestra sin que tampoco tenga garantías de que se produzca una recuperación sin secuelas».*

Por todo lo expuesto solicita ser indemnizada la reclamante, al tener que «soportar la segunda operación, el tiempo de estancia hospitalaria a partir de la segunda intervención quirúrgica, los días que me encuentre de baja y posibles secuelas que padezca, calculada de conformidad con lo previsto en la normativa sobre valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación aplicable con carácter supletorio y de conformidad con las cuantías fijadas para el año 2019.

*Tabla 3b perjuicio por intervención quirúrgica: 1.600 euros.*

*Tabla días de baja 30 x 53,81 euros/día moderados = 1.614,30 euros.*

*Total indemnización provisional hasta determinación de días de alta y secuelas: 3.214,30 euros.*

*Ello sin perjuicio, volvemos a insistir, del alta y la estabilización en las secuelas de forma definitiva que pueda suponer una indemnización mayor».*

### III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su

caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones, tras la presentación de la reclamación el 17 de julio de 2019:

- El 19 de julio de 2019 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a que subsane su reclamación, de lo que recibe notificación el 7 de agosto de 2019, viniendo a aportar escrito de subsanación el 19 de agosto de 2019. Asimismo, el 7 de agosto de 2019 había facilitado nuevo domicilio a efectos de notificaciones.

- Por Resolución de 22 de agosto de 2019, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, que le es notificada el 28 de agosto de 2019.

- El 22 de agosto de 2019 se solicita informe del SIP, que lo emite el 26 de junio de 2020, tras haber recabado la documentación oportuna [además de la información facilitada por la reclamante, copia íntegra de la Historia Clínica obrante en la Gerencia de Atención Primaria Área de Salud de Tenerife, así como de la Historia Clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de La Candelaria (CHUNSC), que incluye las asistencias en el servicio de urgencias hospitalario y CAE, e informe del Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología sobre el hecho reclamado, emitido el 16 de diciembre de 2019].

- El 1 de julio de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada y se incorpora la documentación clínica e informes recabados durante la instrucción y el informe del SIP, declarándose concluso este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello recibe notificación la reclamante el 7 de agosto de 2020.

- El 1 de julio de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 12 de agosto de 2020, solicitando copia del expediente mediante comparecencia personal el 24 de septiembre de 2020, momento en el que se le entrega lo solicitado. Posteriormente, el 5 de octubre de 2020 se presenta escrito de alegaciones por medio de representante acreditado en escrito que se acompaña en la misma fecha. En aquel escrito se cuantifica el daño en 8.620,25 euros.

- En virtud de las alegaciones presentadas, el 11 de agosto de 2020 se remiten las mismas al SIP a fin de que recabe informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y

Traumatología que se pronuncie sobre aquéllas. Tal informe se emite el 30 de noviembre de 2020.

- El 16 de diciembre de 2020 se concede nuevamente trámite de audiencia a la interesada, de lo que recibe notificación el 30 de diciembre de 2020, sin que se aporte nada al efecto.

- El 19 de enero de 2021 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada.

## IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la interesada, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

*«1.-El 20 de abril de 2019 la paciente (...), de 59 años de edad, con A.P. de: depresión, artritis reumatoide de larga evolución, poliartritis, espondiloartrosis, fractura aplastamiento vertebral, fractura del cuarto dedo, septoplastia, fractura de tibia y peroné, ansiedad, artrosis nodular (causa nódulos óseos en la articulación media de los dedos (nódulos de Bouchard) o en la articulación de la punta de los dedos o nódulos de Heberden) acude a su médico de cabecera a quien comunica, según refiere la historia clínica en el momento en que acude: “en el día de ayer le cayó una piedra encima de la mano derecha y desde entonces comenzó con dolor”, signos flogísticos, edema que llega hasta la muñeca de este miembro superior, con movilidad reducida.*

*La Radiografía solicitada es de dedos, mano, muñeca y escafoides, presenta fractura de cuarto dedo de la mano derecha, desplazada, no abierta. Se decide derivar para valoración por Traumatología.*

*El mismo día la observa el Traumatólogo en el Servicio de Urgencias Hospitalaria, quien observa fractura desplazada del cuarto metacarpiano de la mano derecha, sensibilidad distal conservada y movilidad conservada.*

*Se realizaron por parte del Traumatólogo dos intentos de reducción de la fractura. En esta visita al hospital si refiere caída casual ayer, no golpe de piedra en mano.*

*Dada la inestabilidad de la fractura se decide cirugía.*

*Se realiza protocolo de cirugía ambulatoria diferida, se informa a la paciente.*

*La paciente firma consentimiento informado el 20 de abril de 2019 para reducción y osteosíntesis de la fractura diafisiaria del cuarto metacarpiano mano derecha, incluida el mismo día en lista de espera quirúrgica, prioridad alta, con ingreso. Procedimiento quirúrgico previsto: RAFI (reducción abierta y fijación interna).*

*Ingresa el 24 de abril de 2019 en el CHUNSC y es dada de alta el 26 de abril de 2019, el diagnóstico de ingreso es el de fractura diafisiaria de cuarto metacarpiano de mano derecha. Se interviene, se halla una fractura diafisiaria desplazada del cuarto metacarpiano mano derecha. Realizan reducción cerrada más fijación percutánea con una aguja. Compresión de foco. Inmovilización con sindactilia más férula posterior antebraquial.*

*Inmovilización con férula del 25 de abril al 27 de mayo en primera instancia.*

*Posteriormente y durante el ingreso la paciente mueve bien los dedos de la mano, con buena temperatura de los mismos, no refiere dolor. Seguimiento tras alta en CCEE Traumatología del hospital.*

*2.- El 6 de mayo de 2019 el Traumatólogo anota que la paciente no presenta dolor, y la "Radiografía de hoy okey". Cita con sus cirujanos en 1-2 semanas.*

*A las 4 semanas de la intervención quirúrgica escribe el Traumatólogo en consulta sucesiva de Traumatología que: "presenta buen control del dolor, Radiografía correcta, plan retirada de aguja, movilizar activamente los dedos. Cita en dos semanas. Se retira la aguja percutánea a las cuatro semanas de la cirugía.*

*A las 2 semanas de esta visita cuando tenía 6 tras intervención quirúrgica, el día 10 de junio, se indica deformidad en mano con pérdida de visualización de metacarpiano, en tratamiento con corticoides por artritis reumatoide, a la exploración valoran hundimiento de la cabeza del metacarpiano, crepitación del foco y desplazamiento (...) dolor a la palpación del foco de fractura. La Radiografía presenta desplazamiento de fractura.*

*El Traumatólogo anota que explica a la paciente lesión presenta y el tratamiento.*

*El 10 de junio de 2019 es valorada por el Servicio de Traumatología hospitalaria del CHUNSC, el diagnóstico es de fractura del cuarto metacarpiano mano derecha, se realizará RAFI +/- injerto de cresta iliaca para tratar la misma.*

*Firma consentimiento informado para la misma en esta fecha e igualmente firma consentimiento informado en esa fecha para intervenciones por pseudoartrosis (la pseudoartrosis es una enfermedad que se produce cuando un hueso no se cura bien tras una fractura, es decir, es una fractura ósea que no se puede curar sin intervención, ya que el organismo percibe los fragmentos del hueso como si fueran huesos separados, por lo que no intenta fusionarlos).*

3.- El 16 de junio de 2019 ingresa a paciente en el CHUNSC y el día 17 de junio se vuelve a realizar intervención quirúrgica del cuarto metacarpiano por consolidación viciosa de la misma.

*Se realiza reducción abierta limpieza del foco de fractura y osteosíntesis con placa.*

*En su ingreso Rx de control con evolución favorable y es dada de alta el 18 de junio de 2019.*

*Controles posteriores en Consultas Externas de Traumatología Colocación de férula de yeso desde el 17 de junio al 21 de agosto.*

*Valoración posterior por el Servicio de Traumatología que remite a primera visita con el Servicio de Rehabilitación, es valorada el 8 de agosto de 2019.*

*En la Rx de agosto se observa placa y tornillos en cuarto metacarpiano.*

*El médico Rehabilitador valora a la paciente en esta fecha y anota: "leve edema de predominio en cara dorsal, herida quirúrgica en cara dorsal con buen aspecto de cicatrización, empuñadora y extensión digital posible, levemente doloroso en cuarto dedo, hipoestesia en cara medial del cuarto dedo, pinza del 1-4 dedo correcta. Carga de 5 kg molesta, se informa al paciente y se cursa Fisioterapia. Tras estos episodios y tratamientos y hasta fecha de hoy la paciente no se vuelve a quejar de secuelas en la mano derivadas de la fractura dada.*

*Ni en la historia clínica de atención primaria se valoran nuevas quejas con respeto a estos hechos, tampoco en los informes de especialistas. Alta en los servicios intervinientes en el tratamiento de la fractura metacarpiana.*

*En todo caso si hay intervenciones sobre otras lesiones y dolores crónicos que la paciente padece dado sus antecedentes patológicos.*

*El informe del médico del Servicio de Rehabilitación que participa el alta en el Servicio en la fecha del 4 de diciembre de 2019 es el siguiente:*

*"Se encuentra bien.*

*Exploración física: ligeras disestesias en cicatriz quirúrgica.*

*Balance articular de muñeca libre, con escasas molestias en últimos grados de flexoextensión. Consigue empuñadura. Balance muscular conservado".*

*El Jefe del Servicio de Traumatología nos informa que se realiza alta en el Servicio de Rehabilitación el 4 de diciembre de 2019 con un estado correcto de la mano derecha».*

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre),

procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Reclama la interesada por considerar que *«la segunda intervención se ha producido por la defectuosa forma en que se realizó la primera (...). De esta forma, y sin justificación alguna me he visto obligada a soportar una prórroga de mi situación de incapacidad temporal en la que me veo limitada para el desarrollo de mi vida privada pues además concurre el hecho de que soy diestra sin que tampoco tenga garantías de que se produzca una recuperación sin secuelas»*.



Asimismo, en sus alegaciones, la reclamante señala:

- *«La paciente firmó el consentimiento informado. Sin embargo, dicho consentimiento no preveía como consecuencia de la cirugía o secuela que el nudillo se desplazara de forma INMEDIATA y fuera necesaria una cirugía correctiva de la anterior intervención previa rotura de los huesos, es más, el consentimiento informado como consta en el folio 68 y siguientes del Expediente sólo hace referencia a que sea necesaria una segunda intervención en supuestos de retirada de material de osteosíntesis (que no es el caso)».*

- *«Que, tal y como se comprueba de las fotografías aportadas y por el mobiliario y data de las mismas la falta de consolidación de la fractura se produjo en el mismo día o al día siguiente de la operación, no meses después como indica el informe».*

- *«Que según el informe la consecuencia del desplazamiento del nudillo se debe a una pseudoartrosis que se debe a una patología previa, si el defecto de consolidación de la fractura se debe a una patología previa de la paciente, es evidente que tendría que haberse previsto que el no implantar una placa en la intervención conduciría a una defectuosa consolidación de la misma, resultando en consecuencia dicha falta de previsión la que conduce a que la paciente se vea sometida a dos intervenciones en lugar de una».*

5. A la vista de lo señalado por la reclamante, y dada la documentación que obra en el expediente, una vez analizada la historia clínica, y en virtud de los informes evacuados durante el presente procedimiento, cabe realizar las siguientes consideraciones:

1) Por un lado, en relación con la indicación de la primera cirugía y la alegada indicación en primera instancia, en vez de aquélla, de la que se realizó para corregir la primera dados los antecedentes médicos de la paciente debe señalarse lo siguiente.

Es contundente el Dr. (...), Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en sus informes, aclarando, respecto de las alegaciones de la interesada en el informe emitido el 30 de noviembre de 2020 lo siguiente:

*«Conociendo los antecedentes personales de la paciente, la forma de actuación es correcta y el tiempo de retirada del material se ajusta a evitar una rigidez».*

De hecho, la primera intervención no solo es la que estaba indicada, sino que tuvo efectos satisfactorios, siendo a las seis semanas de su realización cuando se pone de manifiesto la consolidación viciosa de la fractura, en contra de lo que señala la interesada, al indicar que fue inmediato, lo que no se corresponde con los datos obrantes en la historia clínica.

Así, como se extrae de las conclusiones del informe del SIP, en primer lugar, en la cirugía primera, efectuada en abril de 2019 no solo estaba indicada, sino que se realizó correctamente, demostrándose, tras la misma, radiográfica y repetidamente en los controles posteriores por el Servicio de Traumatología que la fractura está estabilizada y sin problemas.

No es hasta las 6 semanas postcirugía cuando radiográfica y clínicamente se observa de nuevo fracturada la zona: pérdida de la estabilidad, no consolidación pertinente de la zona intervenida.

Tal y como explica el SIP, se produjo una consolidación viciosa de la fractura, lo que se refiere a aquellos casos en los que los extremos de la fractura consolidan en mal posicionamiento trayendo deformidades o disfunciones.

Ahora bien, ello no es consecuencia de la defectuosa realización de la cirugía realizada ni de su falta de indicación, sino de las propias patologías y tratamientos de la paciente.

Y es que, tal y como se expuso en los antecedentes, la paciente está afectada de varios padecimientos óseos tanto inflamatorios como no inflamatorios, degenerativos unos e inmunes otros, desde artritis reumatoides, poliartritis, artrosis nodular (manos), espondiloartrosis, poliartritis (...), habiendo sufrido anteriormente varias fracturas óseas.

Por otro lado, coadyuvó en la consolidación viciosa de la fractura el que la paciente en el curso de estos hechos y anteriormente a ellos está en tratamiento con corticoides a causa de la artritis reumatoide, explicando al respecto el SIP que los corticoides en el sistema osteoarticular: *«incrementan la pérdida de calcio y de fósforo del hueso; reducen la absorción de calcio en el intestino y aumentan su eliminación renal, favoreciendo la aparición de osteoporosis y aumentando el riesgo de fracturas»*.

Así pues, y si añadimos a ello la lógica inflamación local y general provocada por estas patologías, la degeneración ósea que provocan, etc., encontramos con más certeza la causa de los problemas sufridos en la consolidación de la fractura padecida en el hueso de la mano derecha.

Por tanto, la complicación que presentó la reclamante, semanas después de la cirugía, probablemente de etiología multifactorial no era previsible en el primer momento ni fue consecuencia de una *mala praxis* por parte de Servicio de Traumatología.

Posteriormente, a las 6 semanas tras la intervención quirúrgica, el día 10 de junio, se indica deformidad en mano con pérdida de visualización de metacarpiano, en tratamiento con corticoides por artritis reumatoide, a la exploración valoran hundimiento de la cabeza del metacarpiano, crepitación del foco y desplazamiento (...), dolor a la palpación del foco de fractura. La Radiografía presenta desplazamiento de fractura.

El Traumatólogo anota que explica a la paciente la lesión que presenta y el tratamiento dada la complicación surgida, [que requiere de reintervención, como veremos posteriormente, prevista en el Documento de Consentimiento Informado (DCI) firmado por la paciente el 20 de abril de 2019].

El 10 de junio de 2019 es valorada por el Servicio de Traumatología hospitalaria del CHUNSC. El diagnóstico es de fractura del cuarto metacarpiano mano derecha, se realizará RAFI +/- injerto de cresta iliaca para tratar la misma.

Firma consentimiento informado para la misma en esta fecha e igualmente firma consentimiento informado en esa fecha para intervenciones por pseudoartrosis, intervención que, lógicamente no estaba indicada sino en este momento, pues la pseudoartrosis es una enfermedad que se produce, precisamente, cuando un hueso no se cura bien tras una fractura, es decir, es una fractura ósea que no se puede curar sin intervención, ya que el organismo percibe los fragmentos del hueso como si fueran huesos separados, por lo que no intenta fusionarlos.

El 16 de junio de 2019 ingresa la paciente en el CHUNSC y el día 17 de junio se vuelve a realizar intervención quirúrgica del cuarto metacarpiano por consolidación viciosa de la misma.

Se realiza reducción abierta, limpieza del foco de fractura y osteosíntesis con placa.

En su ingreso se le realiza Rx de control con evolución favorable y es dada de alta el 18 de junio de 2019.

Controles posteriores en Consultas Externas de Traumatología Colocación de férula de yeso desde el 17 de junio al 21 de agosto.

Valoración posterior por el Servicio de Traumatología que remite a primera visita con el Servicio de Rehabilitación, es valorada el 8 de agosto de 2019, emitiéndose informe final satisfactorio.

En la segunda cirugía tampoco se demuestra *mala praxis*, resultando que, a pesar de las patologías de la paciente que afectan a las articulaciones, la cirugía y rehabilitación son correctas, tal y como concluye el SIP, *«así y todo los resultados finales obtenidos tras la segunda cirugía y la posterior rehabilitación de la mano derecha de la paciente son altamente beneficiosos para la misma, ello está refrendado tanto en informe del Jefe del Servicio de Traumatología del CHUNSC, Dr. (...), como en los datos aportados al alta del Servicio de Rehabilitación hospitalaria por la Dra. (...), donde se demuestra la buena evolución de las capacidades de la mano derecha con unos déficits sensitivos muy ligeros»*.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Traumatología nos informa que se realiza alta en el Servicio de Rehabilitación el 4 de diciembre de 2019 con un estado correcto de la mano derecha.

De hecho, como se expuso en los antecedentes obrantes en la historia clínica de la paciente, consta:

*«Ni en la historia clínica de atención primaria se valoran nuevas quejas con respeto a estos hechos, tampoco en los informes de especialistas. Alta en los servicios intervinientes en el tratamiento de la fractura metacarpiana.*

*En todo caso si hay intervenciones sobre otras lesiones y dolores crónicos que la paciente padece dado sus antecedentes patológicos»*.

2) Por otro lado, en relación con que el DCI de la primera intervención no incluía entre sus riesgos la eventual necesidad de una segunda intervención sino para el caso de recambio de material de osteosíntesis, queda desmentido por los propios términos literales del DCI firmado por la paciente el 20 de abril de 2019, en el que se exponen los riesgos y complicaciones.

El proceso sufrido tras la cirugía efectuada a primeros en abril de 2019 está contemplado claramente en este consentimiento, incluyendo el mismo como complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir:

*a) Necrosis cutánea.*

*b) Ausencia de consolidación (curación) de las fracturas, que puede llevar a la necesidad de varias intervenciones.*

*c) Distrofia simpática refleja*

*d) Infección de la herida operatoria. Infección ósea profunda*

*e) Lesión vascular, durante o después de la intervención,*

f) *Lesión de troncos nerviosos que en algunos casos pueden ocasionar lesiones permanentes sensitivas o motoras.*

g) *Síndrome compartimental*

h) *Necrosis cutánea.*

i) *Trombosis venosa profunda, que puede dar en el peor de los casos a tromboembolismo pulmonar y muerte.*

j) *Rigidez articular.*

k) *Persistencia del dolor.*

l) *Aflojamiento de los materiales de osteosíntesis empleados.*

ll) *Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.*

m) *Es posible que sea preciso una segunda operación para extraer el material colocado en la intervención.*

n) *Si es necesario usar el manguito de isquemia (para evitar el sangrado intraoperatorio) pueden producirse eventualmente parálisis nerviosa así como hematomas en la región de aplicación.*

p) *Complicaciones del estado general como consecuencia de la edad y que pueden originar la muerte».*

Así, en contra de lo que afirma la reclamante, que alega que la necesidad de una segunda intervención sólo estaba prevista en el DCI para los casos de retirada de material de osteosíntesis, vemos que en la letra b) de los riesgos se distingue el caso de reintervención por *«ausencia de consolidación (curación) de las fracturas, que puede llevar a la necesidad de varias intervenciones»*, que es lo que se constató en su caso, de los supuestos previstos en la letra m), que se refiere expresamente a los casos en los que *«Es posible que sea preciso una segunda operación para extraer el material colocado en la intervención»*.

Por tanto, no puede alegar la reclamante que no estaba contemplado en el DCI el riesgo de la intervención que se concretó en su caso a pesar de la corrección de la intervención, realizada conforme a la *lex artis*.

Asimismo, si bien ello no se discute por la reclamante, procede aclarar, además, que, con respecto a la segunda cirugía sobre el cuarto metacarpiano de la mano derecha, la reclamante firma consentimiento informado el 10 de junio de 2019 para fracturas de la mano derecha y el mismo día firma para intervenciones por

pseudoartrosis, en el primero se contempla todo lo especificado en la primera cirugía y en el segundo se añade algún riesgo o complicación más a los previos.

Por tanto, tampoco desde el punto de vista del consentimiento informado ha sido defectuosa la asistencia prestada a la paciente.

En este sentido, efectivamente, integra la *lex artis* el deber para 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.

Pues bien, en el presente caso, de lo actuado en el expediente resulta que la primera intervención (también las otras, lo que no se discute por la interesada), estaba correctamente indicada, en función de la valoración, exploración y pruebas complementarias, siendo, asimismo, correctamente realizada, pero también consta, además, que la paciente recibió la adecuada información al respecto, así como de las

posibles complicaciones propias de la intervención, entre las que existía el riesgo de falta de consolidación de la fractura y necesidad de reintervención.

Así, consta la firma del Documento de Consentimiento Informado por la paciente, el 20 de abril de 2019, donde queda constancia de que aquélla fue informada, conoce, comprende y asume los riesgos comunes e inherentes a este tipo de cirugías [se incluyen entre otros varios la ausencia de consolidación (...) la necesidad de varias intervenciones posteriores (...) el aflojamiento de los materiales de osteosíntesis (...) persistencia del dolor (...) rotura o estallido del hueso (...) es posible que sea necesaria una segunda operación para extraer el material colocado en la intervención (...) rigidez articular, etc.].

Por tanto, debe concluirse que, desde el punto de vista de la exigencia del consentimiento informado, ha sido también adecuada a la *lex artis* la atención dispensada a la paciente, por lo que el daño por el que reclama carece de la nota de antijuridicidad requerida para la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

6. Además, la interesada no ha aportado al expediente prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

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).

7. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimarse la reclamación interpuesta.