



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 4 / 2 0 2 3

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de abril de 2023.

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 tramitado ante la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre de (...) por los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 91/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad mediante oficio de 23 de febrero de 2023, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 27 de febrero de 2023), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial formulado por (...) en relación con el servicio prestado por un organismo autónomo de la administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud.

2. La reclamante solicita una indemnización de 40.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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).

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. Fajardo Spínola.

Mediante 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, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues reclama a título personal por los daños personales y patrimoniales que dice haber sufrido presuntamente por el mal funcionamiento del servicio público sanitario.

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.

5. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP. La paciente reclama ante el SCS el 26 de octubre de 2020 por una intervención quirúrgica realizada el 1 de julio de 2019 cuando todavía no estaba curada de sus dolencias ni determinadas las secuelas.

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada (arts. 21.2, art. 24.3 b) y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP), que al hacerlo no queda vinculada al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

7. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución remitida, resultan de aplicación, además de la mencionada LPACAP; las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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 como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Alega en su escrito de reclamación en esencia los siguientes hechos:

«El día 1 de julio de 2019 la suscribiente se opera en la Clínica (...) de la de esta vecindad derivada del Servicio Canario de Salud, toda vez que tenía la operación programada en el Hospital Insular. El motivo era la intervención de un papiloma plantar en el primer dedo de la mano derecha, extirpación con percutor cutáneo de biopsia, lo cierto es que el dedo queda con fibrosis, cicatriz queloidea y dolor, imposibilitando la flexión completa.

Se lleva a cabo una segunda intervención con fecha 26 de septiembre de 2020 para liberar tendón flexor, zetaplastia y liberación de la polea del primer dedo derecho.

Lo cierto es que se continúa con dolor mostrando las pruebas realizadas y RIZARTROSIS GRADO ID, LEVE ARTROSIS, y como consecuencia de ello el día 27/01/2020 se lleva a cabo una tercera intervención, tenolisis y sinovectomía más infiltración MTF del 1er dedo.

A resultas de la deficiente atención médica prestada y como consecuencia de ello quien suscribe presenta limitación a la oposición y aducción completa del 1er dedo, con dolor. Rizartrosis de II y actualmente con órtesis mantec FIX Rizart plus.

En síntesis, se me opera de un papiloma plantar de 1er de la mano derecha, y por una mala praxis se ocasiona una disfunción articular en dicho dedo al dañarse el tendón más cicatriz queloidea y dejar el dedo en resorte, a consecuencia de ello se han llevado a cabo dos intervenciones quirúrgicas y rehabilitación hasta el día de la fecha si bien presentando secuelas.

A mayor abundamiento no consta, o no se me ha remitido el consentimiento informado de la intervención quirúrgica primigenia, la que da origen a mis secuelas de 1 de julio de 2019.

Las secuelas aún no están estabilizadas, si bien se ha tenido conocimiento exacto del alcance de las mismas tras la última intervención, esto es, el pasado 27 de enero 2020 cuando se lleva a cabo la tercera intervención quirúrgica».

III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan las siguientes actuaciones:

1.1. Se interpone reclamación de responsabilidad patrimonial por (...) el 26 de octubre de 2020.

Solicita ser indemnizada en la cantidad de 40.000 euros.

1.2. Con fecha de 11 de noviembre de 2020, se dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación formulada.

1.3. Con fecha de 1 de diciembre de 2022 se remite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, informe de esa misma fecha así como documentación clínica, en relación al objeto de la reclamación.

En el informe del SIP constan los siguientes antecedentes:

«1.-El 29 de diciembre de 2010 consta, entre otros antecedentes personales, cicatriz queloidea.

2.-Antecedentes a destacar previos a la fecha de la intervención quirúrgica objeto de la reclamación:

-El 7 de marzo de 2016 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) con, entre otras, heridas incisas en 1º comisura de ambas manos con afectación muscular. Déficit en flexión activa 2º dedo mano izquierda tanto profunda como superficial. Hipoestesia en territorio radial del 2º dedo mano izquierda. En mano derecha, no déficits sensitivos. Limitación para la flexión de la falange distal del 2º dedo.

Se realizó sutura tendón flexor profundo y superficial del 2º dedo mano izquierda + neurorrafia de nervio colateral radial del 2º dedo mano izquierda. Tenorrafia del flexo profundo del 2º dedo mano derecha.

Al alta en mano derecha se describe dolor y buena movilidad MF. Limitación con rigidez en extensión IFP con dolor e imposibilidad de pinza.

Mano izquierda: Déficit de flexión MF e IFP índice. Buena movilidad de resto de dedos. Cicatriz retráctil dorso primera comisura. Déficit de sensibilidad índice izquierdo.

Comentario: Uso normal de las manos. Tratamiento del dolor y mantener férulas. Paciente no candidato a cirugía reconstructiva. Se realiza interconsulta a Unidad del Dolor.

-En revisión por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del HUIGC el 31 de marzo de 2016: Dificultada a la movilidad de 1º y 2º dedos de ambas manos. Refiere hipoestesia en 2º dedo de ambas manos.

-El 28 de abril de 2016 en el Servicio de COT HUIGC, cicatrices algo queloideas.

-El 23 de junio de 2016 se describe limitaciones en la flexoextensión de dedos, el Servicio de Rehabilitación propone férulas dinámicas de dedos.

-El 17 de mayo de 2016 en el Servicio de Rehabilitación del HUIGC y en relación a mano derecha: Cicatrices engrosadas, adheridas palmares a nivel de eminencia hipotenar, primera comisura, base índice y lateral cubital hasta falange media índice, no consigue prensión por déficit empuñadura de unos 6 cm, si hace todas pinzas y oposición pulgar, mueve bien sin

limitaciones articulares, resto dedos con limitación a mitad de recorrido de IF dedos (por inmovilización y cicatrices) leve déficit extensión IFP índice.

De momento no férulas porque no las va a tolerar, muy dolorida, explico pautas para casa; automasaje en cicatrices, automovilizaciones, baños en agua caliente.

-El 5 de julio de 2016 en el Servicio de Rehabilitación: Hoy recoge férula dinámica flexora de mano derecha sigue con sus limitaciones para completar empuñadura con índice y corazón de ambas manos con dolor intenso al forzar flexión pasiva especialmente de IFP y distales al intentar forzar 50° mayor dolor con el índice izquierdo, así como limitación, impresionando de dolor neuropático, dolor intenso en cara radial índice e impresionando también de adherencias capsulares y tendinosas postinmovilización.

-El 23 de agosto de 2016, mano derecha: viene con venda con puño cerrado, la misma limitación pero también en D3, más doloroso y quizás empuñadura con estos dos dedos más limitada, pulgar bien oposición pero con dolor por cicatrices en comisura.

-El 27 de octubre de 2016: rigidez intraarticular bilateral + a nivel tendinosa índice y dedo medio derecho.

-10 de noviembre de 2016: Seguir uso de férulas dinámicas de ambas manos.

-12 de diciembre de 2016, mano derecha: Peor, hay una rigidez articular añadida de la IF con distancia pulpejo-palma 5 cm dedos, índice-palma 6 cm.

-Causa alta en el tratamiento rehabilitador el 29 de marzo de 2017 por incomparecencia.

-En CE del Servicio de COT el 17 de octubre de 2016 mano derecha extensión completa dedos, flexión con limitación y distancia pulpejo palma de 2,5 cm.

-El 8 de mayo de 2017 en el Servicio de Rehabilitación: No completa unión digitopalmar con ningún dedo en ambas manos, pérdida de fuerza 4/5 a nivel distal. Le han dado el 33% de discapacidad.

3.-El 5 de junio de 2019 su Médico de Familia la deriva al Servicio de Cirugía General y Digestiva (CGD) del HUIGC por ganglión y quiste sinovial de tendón y bolsa serosa.

El 10 de junio de 2019 es valorada en el Servicio de CGD: lesiones en ambas manos con minusvalía que presenta papiloma I dedo mano derecha.

Se anota en LQ por papiloma palmar I dedo mano derecha.

4.-El 1 de julio de 2019 se realizó exéresis de papiloma I dedo mano derecha en la Clínica (...) tras derivación desde LE del HUIGC (intervención de cupo).

En DCI se recoge que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, entre ellos:

Pocos graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica. Dehiscencia (apertura) de la herida. Dolor prolongado (...) .

Estas lesiones (...) pueden llegar a requerir una reintervención.

Al alta se recomienda curas en su Centro de Salud en días alternos: 2 de julio (herida sin tejido de granulación (sospecha de cauterización); 4 de julio; 7 de julio; 9 de julio (no se observa tejido de granulación); 1 de agosto, 4 de agosto (callosidad, no signos de infección), 8 de agosto (herida con bordes hiperqueratósicos, lecho limpio); 11 de agosto de 2019; 13 de agosto (Refiere que le duele y que tiene sensación de tener un callo).

En revisión el 15 de julio de 2019 en el Servicio de CGD del HUIGC: Herida granulando. Causa alta.

5.-El 6 de agosto de 2019 su Médico de Familia la deriva al Servicio de COT por disfunción de la articulación operada, aunque hace referencia a V dedo. No mejoría de la intervención persistiendo la disfunción articular.

6.-El 19 de agosto de 2019 en valoración en el Servicio de CGD del HUIGC: Paciente intervenida de cayo de herida por arma blanca el día 1 de julio de 2019. Refiere no poder flexionar el dedo pulgar. Pendiente de radiografía de mano y valoración por Traumatología. Citar con resultados.

7.-El 2 de septiembre de 2019 se realiza, con cobertura de seguro privado, en el Hospital (...), ecografía muscular y tendinosa para valorar tendón flexor de 1º dedo.

En el informe no se identifica mano derecha vs izquierda.

Se informa de ecoestructura normal del tendón flexor del 1º dedo en casi todo su trayecto, a excepción de la porción distal a nivel de la articulación interfalángica distal que muestra un foco hipoeogénico intratendinoso de 3 mms, en la vertiente medial, hallazgo en probable relación con lesión tendinosa de tipo parcial a dicho nivel.

8.-El 10 de septiembre de 2019 firma, en Hospital (...), DCI para tratamiento de tenosinovitis estenosante.

Consecuencias seguras: Dado que únicamente se secciona la vaina, el engrosamiento del tendón persiste tras la intervención, pudiendo reducirse con el tiempo (...) .

Entre los riesgos típicos: cicatriz de la herida dolorosa; rigidez de las articulaciones de los dedos que puede ir aislada o asociada a descalcificaciones de los huesos e inflamación de la mano (atrofia ósea).

9.--A petición de la paciente, a efectos de abogado, el Servicio de COT del HUIGC realiza informe el 16 de septiembre de 2020:

Intervenida en dos ocasiones en el Hospital (...) en mano izquierda, secuela heridas con neuromas dolorosos. Intervenida en varias ocasiones del pulgar derecho.

En dicho Servicio se valoró a la paciente en dos ocasiones 8 de junio y 14 de septiembre de 2020 por cuadro de dolor en ambas manos.

En la exploración física existían (...) signos de compromiso nervio mediano izquierdo 3/5, signos de rizartrosis en la mano derecha e hipoestesia en dedos índice y pulgar izquierdos, con algo de alodinia en cicatriz dorsal primera comisura de dicha mano.

En el estudio radiológico mostraba una pérdida de lordosis cervical, un esbozo de costilla cervical y una rizartrosis derecha, se le entregó un programa de ejercicios para su problema cervicobraquial y se le recomendó la práctica regular de actividad física (nadar/pilates).

10.-El 26 de septiembre de 2019 ingresa en el Hospital (...), con alta el mismo día, con cobertura sanitaria de seguro privado (...) para intervención, bajo el diagnóstico de lesión parcial FLP derecho + cicatriz queloidea + primer dedo resorte.

Dedo con fibrosis, no signos de infección, cicatriz queloidea en IF I dedo derecho, dolor a la palpación, no lesiones nerviosas, imposibilidad flexión competa de IF por dolor y fibrosis.

Se realiza zetaplastia en 1º pliegue 1º dedo con liberación de fibrosis hasta valorar tendón flexor, liberación de polea A1 dedo resorte.

11.-Valorada en Traumatología del Hospital (...) el 6 de noviembre de 2019 con cobertura seguro privado.

Para mejorar la función global de la mano derecha, aparte de la fisioterapia, se recomienda masajes sobre la cicatriz, ejercicios de destreza y de fuerza suave. De momento no requiere intervención quirúrgica.

Paciente conocida por cirugía de mano izquierda secuelar de lesiones incisas en contexto de una agresión.

En julio de 2019 fue intervenida de resección de un quiste papiloma en la cara volar del I dedo de mano derecha, que se complicó con una lesión parcial del tendón flexor profundo + cicatriz queloidea y I dedo en resorte, que requirió tratamiento quirúrgico el 26 de septiembre de 2019.

12.-En valoración en CE del Servicio de Traumatología del HUIGC el 14 de noviembre de 2019:

Reintervenida el 26/09/2019 en Hospital (...) por seguro privado, con evolución tórpida.

Se palpa nódulo de Notta en 1º dedo con bloqueo del dedo, herida bien cicatrizada, no signos de infección.

Se ofrece infiltración, la rechaza porque no le fue bien la anterior. Se remite a la Unidad de Mano.

13.-En fecha 27 de enero de 2020 ingresa en el Hospital (...), con alta el mismo día, con cobertura de seguro privado (...), para intervención quirúrgica programada de I dedo mano derecha, bajo el diagnóstico de dolor y bloqueo I dedo mano derecha.

Diagnóstico al ingreso tenosinovitis I dedo mano derecha.

Se realizó abordaje, a través de cicatriz quirúrgica previa, observándose nódulo a dicho nivel. Se realizó exéresis del nódulo y tenolisis flexor largo I dedo y sinovectomía + infiltración mepicacaína-trigón de articulación metacarpofalángica I dedo por artrosis incipiente.

Se indica curas y control el 4 de febrero de 2020 en CE.

14.-Después de la tercera cirugía consulta centro de fisioterapia el 27 de enero de 2020. Refiere que tras intervención quirúrgica presenta tensión en flexión del pulgar, sensación de ardor en base de dedo pulgar, sensibilidad aumentada con agua fría.

Sintomatología compatible con lesión del nervio mediano.

BM: 3+/5.

BA: Limitación a la oposición del pulgar en los últimos grados del movimiento.

EF: Adherencia de cicatriz entre el pulgar y dedo índice y en cicatriz de la base del pulgar como consecuencia de las sucesivas operaciones.

Se indicó fisioterapia.

Recibe 10 sesiones de RH durante el periodo 17 de febrero a 2 de marzo de 2020.

15.-En control, con cobertura seguro privado (...) en fecha 15 de mayo de 2020:

Buena evolución. Limitación a la oposición y adducción completa I dedo. Continúa con dolor en articulación TMC (trapeciometacarpiana).

En Rx: Rizartrosis grado II.

Se explican ejercicios de fortalecimiento I dedo.

Refiere parestesias en territorio del mediano ocasionales en ambas manos.

Se solicita EMG de miembros superiores en el que no se observan datos de neuropatía periférica sensitivo-motora de ambos nervios medianos en sus respectivos trayectos a través de las muñecas.

En revisión posterior usa órtesis de dedo ocasional (2 de junio de 2020)».

1.4. Con fecha de enero de 2023, se procede a la apertura del periodo probatorio y al trámite de audiencia, confiriéndosele a la reclamante, un plazo de 10 días a fin de que pudiese formular alegaciones y aportar la documentación que tuviesen por conveniente. No obstante, transcurrido el plazo señalado al efecto, no

consta que por la interesada se hayan efectuado alegaciones o se haya aportado documentación alguna.

1.5. Con fecha de 20 de febrero de 2023 se emite por la Asesoría Jurídica Departamental el preceptivo informe, considerando ajustada a derecho la Propuesta de Resolución.

1.6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada por la interesada por falta de prueba del nexo causal entre el daño y la actuación médica por la que se reclama, en base tanto a los antecedentes médicos de la propia paciente, la existencia en el expediente de consentimiento informado donde se describen los riesgos derivados de la intervención y la finalidad de la primera intervención que era exéresis del papiloma en los dedos de las manos (articulación interfalángica), sin ninguna intervención en la articulación metacarpofalángica en la que se alega producido el daño.

Las alegaciones de la interesada atribuyen la evolución tórpida de la mano derecha a la primera intervención quirúrgica realizada el 1 de julio de 2019, cuyas secuelas serían daño en tendón y cicatriz queloidea precisando dos intervenciones quirúrgicas. Limitación a la oposición y aducción completa 1º dedo, con dolor, Rizartrosis de II y porta órtesis. Señala que la primera intervención quirúrgica se realizó sin consentimiento informado.

2. Conclusiones del informe del SIP:

«Se reclama que como consecuencia de deficiente asistencia de su patología de papiloma palmar 1º dedo mano derecha se le produjo daño en tendón y cicatriz queloidea precisando dos intervenciones quirúrgicas. Presenta limitación a la oposición y aducción completa 1º dedo, con dolor, Rizartrosis de II y porta órtesis.

-Es preciso concretar el estado de la mano derecha de la reclamante, en relación a la movilidad del primer dedo o pulgar, con anterioridad a la intervención quirúrgica objeto de la reclamación, exéresis papiloma palmar primer dedo mano derecha realizada el 1 de julio de 2019.

En el año 2016 sufrió heridas incisivas en ambas manos, además de otras, en ambas manos herida en primera comisura. La indemnidad de esta comisura (espacio entre el pulgar y el índice) permite al pulgar cumplir sus primordiales acciones de rotación y oposición.

De esta forma en revisión por el por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del HUIGC el 31 de marzo de 2016 se describe dificultada a la movilidad de 1º y 2º dedos de ambas manos. El 23 de agosto de 2016 se describe dolor por cicatrices en comisura.

En el proceso de evolución se describe el 17 de mayo de 2016, en el Servicio de Rehabilitación, cicatrices engrosadas, entre otras localizaciones, en primera comisura mano derecha.

Por otra parte, en relación a otras lesiones sufridas precisó férula dinámica flexora de mano derecha.

En relación a las diversa lesiones se describe discapacidad del 33%, no completa unión digitopalmar con ningún dedo de ambas manos, pérdida de fuerza 4%5 a nivel distal (Servicio de Rehabilitación, 8 de mayo de 2017).

Por tanto presentaba cicatrices engrosada adheridas palmares en distintas ubicaciones, entre ellas en la primera comisura de la mano derecha que además le produce dolor (23 de agosto de 2016).

-Los queloides y las cicatrices hipertróficas son formas patológicas de cicatrización excesiva en individuos genéticamente predispuestos, tras una lesión que puede ser traumática, inflamatoria o quirúrgica.

Esta forma de cicatrizar de la reclamante se recoge en varios extremos de la HC (cicatriz queloidea el 29 de diciembre de 2010, cicatriz retráctil dorso primera comisura de mano izquierda tras incidente de 2016; el 28 de abril de 2016 en el Servicio de COT HUIGC, cicatrices algo queloideas).

-En fecha 1 de julio de 2019 es intervenida, derivada desde lista de espera del HUIGC, en el Hospital (...) de Papiloma palmar (verruja) primer dedo realizándose exéresis del mismo.

Queremos destacar que se trata de una lesión en la piel y que se realizó uso para la exéresis de la lesión de bisturí eléctrico.

En el DCI firmado para el procedimiento se recoge que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, entre ellos:

Pocos graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica. Dehiscencia (apertura) de la herida. Dolor prolongado (...) . Estas lesiones (...) pueden llegar a requerir una reintervención.

Recibió curas en días alternos en su Centro de Salud hasta el 13 de agosto de 2019 en las cuales se hace referencia a *hiperqueratosis* (engrosamiento) en los bordes de la cicatriz pero no a signos de infección.

Desarrolló cicatriz *queloidea interfalángica*.

Se añade que la finalidad de la intervención era la *exéresis del papiloma* y no actuación alguna en la articulación.

-La paciente continúa su seguimiento en el ámbito privado donde es intervenida de *tenosinovitis estenosante o dedo en gatillo* (10 de septiembre de 2016), *liberación de fibrosis y de polea A1 dedo en resorte* (26 de septiembre de 2019), *exéresis del nódulo y tenolisis flexor largo I dedo y sinovectomía + infiltración mepicacaína-trigón de articulación metacarpofalángica I dedo por artrosis incipiente* (7 de enero de 2020).

Por tanto, aunque en ecografía se objetiva imagen que sugiere probable lesión tendinosa de tipo parcial en la porción distal del tendón flexor del I dedo, a nivel de la articulación interfalángica, no se describen la HC necesidad de sutura quirúrgica. Lo que presenta a este nivel es cicatriz *queloidea*. En cambio sí ha sido diagnosticada de *tenosinovitis o dedo en gatillo y de rizartrosis*.

El dedo en gatillo se debe a un conflicto de espacio entre el tendón flexor y su polea generalmente al nivel de la cabeza de los metacarpianos (polea A1).

La polea anular A1, está ubicada sobre la articulación metacarpofalángica, en cambio la intervención del papiloma en la interfalángica.

La flexión del pulgar depende del correcto deslizamiento del flexor largo del pulgar a través de un sistema de poleas (A1, polea oblicua y A2); en la *tenosinovitis estenosante* el tendón se encuentra engrosado proximal a la polea A1, generando una discrepancia de tamaño, que impide el deslizamiento del tendón a través de la polea; de forma característica, el engrosamiento del tendón forma el llamado *nódulo de Notta1*.

La intervención de *tenosistovitis* consiste en realizar una incisión (longitudinal o transversal) sobre el pliegue anterior de la articulación metacarpofalángica para llegar hasta la polea A1 y seccionarla. En ocasiones se extirpa un segmento de la polea con el fin de asegurar una mejor liberación del tendón.

Por su parte, la *rizartrosis o artrosis del pulgar* es una lesión degenerativa de la articulación *trapeziometacarpiana (TMC)*. Se manifiesta por dolor en la base del pulgar al asir objetos y con los movimientos del pulgar como pinza.

La articulación *trapezometacarpiana* es una articulación en silla de montar que posee dos grados de movimiento. Estos movimientos articulares se ejecutan alrededor de ejes con dirección oblicua respecto a los planos de referencia espacial. Estos movimientos son flexión-

extensión y anteposición (abducción) y retroposición (aducción) del pulgar, imprescindibles para la correcta oposición del pulgar.

(...)

En base a lo expuesto se informa de forma negativa la pretensión de la reclamante».

3. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que *“para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

-Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala 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, mas 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».*

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara:

«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».

Así pues, ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de 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.

4. En cuanto al consentimiento informado como ya señalamos en el DCC 492/2022, de 19 de diciembre:

«En el presente caso debemos tratar la cuestión relativa al Documento que versa sobre el Consentimiento Informado. Nuestra reiterada Doctrina, verbigracia los Dictámenes 229/2014, de 24 de junio y 534/2018, de 27 de noviembre, indica respecto al contenido del mismo que cuando no constituyen más que un formulario genérico, no permiten alcanzar la conclusión de que a la paciente se le haya prestado información en los términos exigidos en 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.

«En este sentido, la Ley 41/2002 enuncia en su art. 2, entre sus principios básicos, la exigencia con carácter general del previo y preceptivo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, que debe obtenerse después del que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos

previstos en la ley (apartado 2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3 del mismo precepto) y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, su art. 8.2 determina que el consentimiento será verbal por regla general, salvo en los supuestos que el propio precepto excepciona (intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente). En cuanto a las condiciones de la información a los efectos de recabar el consentimiento por escrito, el art. 10 exige que el facultativo proporcione al paciente la información básica relativa a las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales, los que resulten probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones (...).

La interpretación que el Tribunal Supremo ha venido realizando con base en lo previsto en la Ley General de Sanidad en cuanto a la exigencia de detalles en la información que ha de darse al paciente comporta dos consecuencias fundamentales:

- La regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información.

- Esta regulación implica además que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* 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 éstas 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 éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

*A todo ello ha de añadirse que una adecuada aplicación de la regulación del consentimiento informado exige no sólo que preste información sobre los riesgos genéricos que los tratamientos médicos generan, sino también los específicos, que han de atender a las especiales circunstancias de cada paciente, que pueden producir que tales riesgos se concreten en ellos con mayor facilidad. Estos extremos además han de ser acreditados por la Administración a los efectos de demostrar la adecuación del acto médico a la *lex artis* y su consiguiente exoneración de responsabilidad. (...) ».*

5. No resulta probado en el expediente que la Administración sanitaria se haya apartado de la *lex artis ad hoc*. Al contrario, la paciente ha sido adecuadamente atendida, sin que se pueda imputar sus dolencias a una mala praxis médica; los medios diagnósticos, tratamientos y seguimiento de la paciente son los adecuados a sus patologías, sin que la ciencia médica pueda garantizar, de acuerdo con el nivel actual de la misma, la curación en todo caso.

No concurren los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración en materia sanitaria, al ser la medicina una obligación de medios y no de resultado, y no resultar probada una actuación médica contraria a la *lex artis*. Del informe del SIP y del informe emitido por la doctora que llevó a cabo la intervención quirúrgica resulta que la actuación médica se ha ajustado a la *lex artis ad hoc* y que los daños que se alegan por la reclamante producidos en la primera intervención (articulación metacarpofalángica) se producen en una articulación diferente a la intervenida posteriormente (articulación interfalángica), lo que unido a los antecedentes médicos previos de la paciente, demuestra la falta de nexo causal entre el daño alegado y la actuación médica. Por otro lado, de haberse producido un daño (lo que no acontece en este caso) no sería antijurídico, porque fue previamente advertido en el consentimiento informado que la paciente firmó. Consta consentimiento informado de todas las intervenciones quirúrgicas.

6. Por lo demás, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, requisito esencial para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño

efectivo y que éste sea consecuencia del 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, sin perjuicio 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).

Esto sentado, tampoco se ha probado por la interesada en las actuaciones que la atención dispensada a la misma se haya apartado de la *Lex Artis ad Hoc*, ni el nexo causal entre el daño y la actuación médica contra la que se reclama, sin que la Administración Sanitaria pueda garantizar en todo caso el satisfactorio resultado de su actuación.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) frente al SCS es conforme a Derecho.