Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 7 7 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de noviembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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. 641/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 14 de octubre de 2024 (con registro de entrada en este Organismo el mismo día), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de 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.

2. La interesada cuantifica la indemnización que solicita en la cantidad de 18.899 euros, esta cuantía determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera 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 adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

Canarias; y 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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. 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 la 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

1. La reclamante promueve 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 dispensada.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«Primero.- Con fecha 20 de abril de 2020 esta parte, desafortunadamente, sufre un siniestro, consistente en corte en el dedo índice de la mano izquierda, con material laboral

de manicura, lo que motivó acudir a través de las Urgencias del Centro de Salud "ALCALÁ CP", siendo atendida en el mismo.

A dicho centro se acudió con un sangrado abundante y constante, manifestando asimismo un considerable dolor como consecuencia del citado corte.

Respecto a la asistencia facultativa recibida el día que acudí a urgencias del Centro de Salud por primera vez, en ésta sólo se me practicó sutura por el corte sufrido, sin que se realizara ninguna otra prueba diagnóstica, como son los Rayos-X o el escáner, pese a que durante dicha visita con abundante sangrado y continuado, además de un fuerte dolor, y la imposibilidad de movilidad ligera en la falange, indicativo de la gravedad del corte, lo que permite razonar perfectamente que dicho corte podía haber afectado a nervios y tendones del dedo y/o de la mano en su conjunto, con las consecuencia que ellos supone en cuanto a un perjuicio personal y a consecuencias estéticas derivadas del mismo.

Segundo.- En dicha exploración efectuada por la Facultativa Médica, se diagnosticó "HERIDA ABIERTA DE DEDO DE LA MANO (Observaciones: Índice IZQ)", prescribiendo el medicamento "Ibuprofeno 600 MG, 20 COMPRIMIDOS ORAL 1C/8h" y realizando "3 puntos de sutura 3/0 previa administración de anestesia", indicando, asimismo, la necesidad de realizar "curas diarias y retirada de sutura en una semana".

Se puede observar en el citado informe, (...), que sólo se procedió a realizar puntos de sutura al citado corte, sin que se procediera a valorar alguna lesión o rotura del tendón del dedo índice de la mano izquierda, potencialmente diagnosticadas mediante la práctica, entre otras, de una "exploración del flexor profundo" y la "exploración del flexor superficial" de la zona afectada por el corte, o a través del empleo de determinados instrumentos como Rayos-X o escáner.

Tercero.- Con fecha 27 de abril de 2020, acudo al Centro de Salud "PLAYA SAN JUAN C.P.) con el fin de retirar la sutura practicada el día 20 de abril de 2020 y para valoración médica de la herida, manifestándose expresamente que se ha perdido movilidad en el dedo afectado por el corte, experimentando dolores y molestias en la misma, procediendo el Facultativo a realizar una exploración personal, descartando infecciones, concluyendo que sólo existe un edema, procediendo a pautar como tratamiento la prescripción del medicamento "Naproxeno 500 MG", (...) .

Pese a haberse manifestado expresamente los referidos dolores en la mano afectada, así como las limitaciones de movilidad existentes en la misma, aún sigue sin practicarse otros métodos de exploración como son los Rayos X o escáner de la mano lesionada, máxime si tenemos en cuenta la existencia del edema, cuya hinchazón impide u obstaculiza una correcta exploración realizada de forma personal por el facultativo médico, sin perjuicio de que no consta que se hayan realizado las exploraciones citadas anteriormente para determinar si existen roturas o lesiones de los tendones de la zona afectada por el corte.

Cuarto.- Con fecha 5 de mayo de 2020, se vuelve a acudir al Centro de Salud "PLAYA SAN JUAN C.P." porque la mano afectada por el corte sigue teniendo evidentes limitaciones en el movimiento y dolores en la misma; momento en el cual el Facultativo Médico concluye, tras la exploración personal efectuada, que "se constata inflamación y limitación a los movimientos de 2do dedo de mano izquierda".

En este momento en cuando, tras la exploración efectuada, se procede a derivar a esta paciente a Rayos X para descartar algún "cuerpo extraño" en la zona de la mano afectada, y posteriormente a la unidad de Aparato Locomotor "por si hubo sección de tendón del dedo".

(...)

Quinto.- Con motivo de la derivación médica efectuada por las limitaciones de movimiento y los dolores en la mano afectada por la lesión sufrida, y tras las tomas efectuadas desde la Unidad Traumatología del Hospital Universitario de Candelaria, se procede a diagnostica "Sección de tendón FDP y nervio colateral cubital de 2º dedo de mano izquierda", en la que se observa cómo el tendón se encuentra deteriorado y completamente retraído, sin que ésta fuera observada durante las primeras atenciones médicas reflejadas en los Antecedentes fácticos anteriores por no disponer de los medios necesarios para el descubrimiento de la misma.

Así, tras el citado diagnóstico, se realizó una intervención quirúrgica el día 29 de mayo de 2020 de reconstrucción tendinosa, en cuyo desarrollo se detectó "Sección nervio colateral cubital con defecto de 2,5 cm. Sección de FDP en zona I-II con muñón retraído a polea A3. Defecto de polea A4 con cicatriz local".

(...)

Sexto.- Desde el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de La Candelaria se deriva consulta al Servicio de Radiología a los efectos de realizar un estudio de imagen para confirmar la presencia de tendón delgado, a los efectos de planificar una segunda intervención, extremo que es confirmado por el Servicio correspondientes tras las valoraciones procedentes, y llevándose a cabo dicha intervención quirúrgica el día 25 de septiembre de 2020, bajo el diagnóstico "Sección de tendón FDP y nervio colateral cubital de 2º dedo mano izquierda. 2º tiempo de reconstrucción de flexores" (...) .

A este respecto, en esta segunda intervención quirúrgica se realiza una reconstrucción tendinosa con injerto de tendón que se extrae, a su vez, de otro lado del cuerpo de esta paciente.

Séptimo.- Tras diversas actuaciones sanitarias, desde el Servicio de Traumatología se observa la presencia de "lesiones cutáneas milimétricas en dedos pruriginosas" (...) .

Octavo.- Finalmente, tras varios meses de tratamiento y sesiones rehabilitadoras, se emite alta médica en el mes de marzo de 2021 (...) ; si bien, en el Informe Clínico de Consulta Externa, Visita Sucesiva, emitido por el Servicio de Rehabilitación, con fecha 3 de

agosto de 2021, se refleja el siguiente comentario: "Actualmente, realiza pautas en domicilio con buena adherencia a las mismas pero persiste molestias en relación al déficit de flexión del 2º dedo, así como parestesias ocasionales. A la exploración física actual destaca: Mano izquierda: Muñeca libre. 2º dedo: Cicatriz quirúrgica en cara volar del 2º dedo indurada, hipertrófica, especialmente a nivel de MTCF, con sensación disestésica en dicho punto. BA A MTCF 10º IFP 90º IFD 20º. Pasiva libre. Hipoestesia margen cubital del 2º dedo. BM correcto. Consigue empuñadura completa salvo 2º dedo por limitación ya descrita" (...) .

Noveno.- Que como consecuencia de la responsabilidad directa de la Administración he estado bajo situación de incapacidad laboral un total de 345 días, impeditivos para el ejercicio y quehacer habitual, y además presento secuelas en cuanto a la inmovilidad y extensión de la extremidad afectada, que constituyen secuelas que igualmente deben ser resarcidas por esta entidad a la que me dirijo.

A estos efectos se ha acudido para valoración médica a médico especialista en la valoración del daño, a los efectos de conocer el estado de las valoraciones sufridas, siendo que ante la proximidad temporal del plazo para la presentación de reclamación, aun no se encuentra a nuestra disposición sin perjuicio de su aportación cuando sea procedente.

Décimo.- Además de la lesiones antes referenciadas, con los tratamientos sanitarios, rehabilitadores y quirúrgicos detallados en los párrafos precedentes, también se reseña la existencia de una cicatriz de notable visibilidad y consideración.

(...)

En cuanto a la efectiva realidad del daño».

2. En el presente asunto, con la finalidad de efectuar la correcta determinación de los antecedentes de hecho, se debe hacer referencia, igualmente, al Informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP) el día 29 de mayo de 2024 en el que se exponen los siguientes antecedentes:

«1.- Según consta en la documentación de su Historia Clínica, se trata de una mujer de 26 años al momento de los hechos (nacida el 24/12/1993) con antecedentes médicos de síndrome de disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular y escoliosis idiopática (diagnosticada en 2015) y antecedentes quirúrgicos de adenoidectomia en diciembre de 2010.

2.- Se registran varias consultas al Centro de Salud por problemas traumatológicos, tales como gonalgias inespecíficas y patología articular en la muñeca derecha (en julio y agosto de 2019) con limitación funcional, sin alteraciones en los estudios radiográficos.

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- Según la Historia de Atención Primaria la paciente acude al Consultorio Periférico de Alcalá el 20 de abril 2020 debido a una lesión sufrida durante su práctica laboral en estética: un corte con vidrio en la "cara anterior del dedo índice de la mano izquierda" con asociado sangrado activo.

El médico de Atención Primaria examina la lesión que describe como una herida limpia de "2 cm de diámetro aproximadamente en 1/3 medio de cara anterior (palmar) del dedo índice de la mano izquierda, con flexión dedo conservada". No se describen alteraciones del balance osteo-muscular ni otros déficits, y en las notas clínicas del médico no se menciona que la paciente haya manifestado problemas de movilidad.

Cuando los tendones flexores sufren una sección se pierde la tensión que mantiene al dedo en flexión, y al dominar el tendón extensor, el dedo lesionado queda extendido; no se puede flexionar. La actitud del dedo es obvia, salvo en caso de una posible lesión parcial.

Durante esa primera valoración en el Consultorio se realizan 3 puntos de sutura con hilo 3.0 previa administración de anestesia, evidenciando cese de sangrado, se cubre con apósito estéril, se indican curas diarias con suero fisiológico y clorhexidina, así como tratamiento farmacológico con ibuprofeno 600 mg 1 comprimido cada 8 horas.

En el informe se indicó la necesidad de retirar la sutura en una semana, recomendando vigilar la herida y ponerse en contacto con el Centro de Salud en caso de dolor, enrojecimiento, calor o exudado.

2.- El 27 de abril, la paciente acude a una cita programada con el personal de enfermería del Consultorio Periférico de la Playa San Juan, donde también es evaluada por el médico de Atención Primaria debido a su preocupación por una disminución de la movilidad del dedo (en notas clínicas: "no tiene tanta movilidad"). Durante la exploración, se observa un ligero edema sin signos de infección.

Según el informe del médico de AP que evaluó a la paciente ese día, la reducción de la movilidad del dedo se atribuyó a la inflamación de los tejidos circundantes la herida. Por lo tanto, y de acuerdo con las notas clínicas, se prescribe naproxeno (antiinflamatorio) 500 mg 1 comprimido cada 12 horas, y se indica nueva valoración en caso de evolución no favorable de la lesión.

3.- La paciente es valorada nuevamente por su Médico de Atención primaria el 5 de mayo por "limitación al articular el dedo, lo tiene inflamado y enrojecido, tomó naproxeno por una semana, pero continúa inflamado el dedo". Solicita radiografía para descartar cuerpo extraño, que se realiza sin hallar hallazgos de la presencia de cuerpo extraño, y una consulta al servicio de traumatología para descartar una sección tendinosa. El traumatólogo recomienda realizar analítica para descartar un proceso infeccioso y cita la paciente.

4.- Valorada en consulta de Traumatología el 21/05/2020 y en consulta de Cirugía de la Mano el 26/05/2020, se determina la necesidad de una intervención urgente, explorando una

incapacidad para flexión de la articulación interfalángica distal, tenodesis negativo (es decir se aprecia que el tendón no está fijado en la articulación), lesión del flexor profundo del índice y déficit sensibilidad del margen cubital distal del segundo dedo (descrito como "no discrimina 2 puntos borde cubital del segundo dedo").

5.-En la lesión de los tendones flexores (no se puede flexionar el dedo, se mantiene en extensión) de los dedos, el tratamiento siempre es quirúrgico, siendo preferible realizar la reparación del tendón de forma precoz. El problema puede surgir cuando el diagnóstico de la rotura del tendón se hace tardíamente o cuando una rotura parcial evoluciona a una rotura total.

En las lesiones tendinosas de los flexores pueden evidenciarse secuelas funcionales, tales como limitación de la movilidad, rigidez y adherencias, a pesar de tratamiento precoz. Esto puede deberse tanto al propio proceso que afecta al tendón como a la necesaria intervención quirúrgica, la cual puede causar rigideces articulares, adherencias y contracturas en flexión del dedo, para la que la paciente suscribió documento de consentimiento informado.

6.- La paciente ingresa en la planta de traumatología el 29 de mayo de 2020 para someterse a un tratamiento quirúrgico programado de reparación de sección de tendón FDP (Flexor Profundo de los Dedos) y de nervio cubital colateral del segundo dedo de la mano izquierda. Se procede a intervención en primer tiempo de reconstrucción tendinosa e injerto nervioso.

Descripción de la intervención: "Vía de acceso: abordaje volar de Brunner, abordaje longitudinal sobre margen cubital de FCR y abordaje medial del brazo. Reconstrucción de FDP con espaciador de silicona n 4 con sutura distal y canalizada hasta pliegue proximal de muñeca. Sección de muñon de FDP a nivel del lumbrical. Se identifica y marca con monofilamento el tendón proximal remanente de DFP de 2 dedo. Reconstrucción de polea A4 con tendón Fdp autologo. Neurorrafia epiperineural con monofilamento 9/0 con injerto autólogo de nervio antebraquial medial. Aporte local de Tissucol."

La paciente evoluciona favorablemente tras la intervención.

7.- La paciente firma el 26 de mayo y el 22 de septiembre el consentimiento informado, el cual detalla las complicaciones más frecuentes.

8.- Ingresa nuevamente el 28 de septiembre de 2020 para la reconstrucción tendinosa en segundo tiempo con el posicionamiento de injerto tendinoso autólogo.

9.- Ha recibido tratamiento fisioterapéutico después de ambas intervenciones, primero en un Centro Concertado a partir de agosto de 2021, segundo en el H. Nuestra Señora de Candelaria, iniciando el tratamiento el 10 de diciembre 2021. Fue dada de alta del

tratamiento fisioterapéutico en marzo 2021 por estabilidad clínica, habiendo completado un total de 25 sesiones.

10.- En las notas clínicas del 25 de marzo de 2021 del fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación, se registra una "evolución muy favorable", indicando que persiste una "ligera retracción de la cicatriz del segundo dedo sin compromiso de la movilidad de este. Limitación de los últimos grados de flexión activa de IF distal." Se escribe que la paciente continúa realizando ejercicios en su domicilio y acudiendo al gimnasio."

En la nota clínica del rehabilitador del 30 marzo de 2021 se recoge: "muy contenta, buena evolución, no bloqueos. Mano izquierda: segundo dedo. No edema, no tumefacción. Cicatriz quirúrgica correcta. No adherida. No dolorosa. Balance Articular pasivo libre, activo faltan últimos grados a nivel de Interfalángica distal. Balance muscular 4+/5, hipoestesia margen cubital segundo dedo. Consigue empuñadura prácticamente completa a expensas de la interfalangica distal del segundo dedo".

11.- La paciente es valorada por el Servicio de Rehabilitación el 3 agosto 2021, 4 meses después del alta del tratamiento fisioterapéutico. En informe del 3 agosto 2021: "2ndo dedo: cicatriz quirúrgica en cara volar del segundo dedo, endurada, hipertrófica, especialmente a nivel metacarpofalángica con sensación disestésica en dicho punto. Balance articular (rango de movimientos de la articulación): Metacarpofalángica 10 Interfalángica proximal 90º interfalángica distal 20º. Pasiva libre. Hipoestesia margen cubital del 2n dedo. Balance muscular correcto. Consigue empuñadura completa salvo segundo dedo por limitación ya descrita."

Se da el alta la paciente del servicio por estabilidad clínica.

12.- En la historia clínica de Atención Primaria de la misma forma se recoge evolución positiva: en fecha 6 de noviembre de 2020 "ya tiene movimiento del dedo que antes no lo podría ni mover"; "evolución favorable está ganando movilidad" (febrero 2021).

13.- Tras el alta del Servicio de Rehabilitación la paciente es valorada por el Servicio de traumatología: el 19 de agosto de 2021 y el 17 de febrero de 2022 recibiendo el alta en febrero de 2022. En las notas clínicas se describe: "extensión completa sin notas tirantes, flexión completa activa, corrientes en nervios, sensibilidad con discriminación de 5 mm", se describe funcionalidad correcta con empuñadura a falta de un través de dedo, "no refiere dolor".

Por lo tanto se evidencia en los datos recogidos que la paciente no presenta alteraciones en los movimientos activos de flexión y extensión, ha recuperado sensibilidad, tiene una funcionalidad correcta en la mano y puede agarrar objetos, aunque con una pequeña limitación en la capacidad de cerrar completamente el puño, quedando un pequeño espacio del grosor de un dedo sin cerrarse.

14.- En cuanto a la cicatriz, en julio de 2020, en notas de traumatología, se describe como dura y adherida, se recomienda masaje de esta. En noviembre 2020 el traumatólogo pauta vitamina C y deriva al dermatólogo por cicatriz sin edema y no retráctil, pero con queloides. El dermatólogo prescribe parches con trofoblastina hasta el aplanamiento de las Cicatrices».

Asimismo, el SIP establece las siguientes conclusiones:

«1.- La atención prestada en el Consultorio Periférico de Alcala el 20 de abril fue adecuada. Antes de proceder a suturar se valoró la herida, la cual se presentaba limpia y acompañada de sangrado profuso y se verificó que el dedo tenía una flexión conservada.

Según las notas clínicas, no se describen déficits, ni se recoge que la reclamante haya manifestado ningún tipo de problema de movilidad. En estos casos, la primera actuación del profesional consiste en solicitar al paciente que mueva el dedo, ya que la conservación de la movilidad descarta una ruptura del tendón.

2.- En respuesta a la reclamación donde se argumenta que no se realizaron pruebas complementarias en esa primera valoración, y se llevó a cabo únicamente una "sutura", es importante señalar que una radiografía ayuda a descartar lesiones óseas, pero no descarta lesiones tendinosas. Las únicas pruebas que pueden ayudar a valorar una posible ruptura tendinosa son la ecografía o la resonancia magnética, las cuales, a la vista de la exploración realizada y de los síntomas manifestados, no indicaban otra actuación clínica. Debemos recordar que la ubicación de la herida cutánea no siempre tiene correspondencia con la de la herida tendinosa, ya que ésta cambiará de zona, según si la lesión se hubiera producido con los dedos flexionados o no.

La decisión de no derivar la paciente al hospital para realizar pruebas complementarias, en esta etapa se basa en la evaluación clínica dado que no había indicios de daño estructural profundo que justificara dichas pruebas al presentar una movilidad conservada y la flexión estaba conservada.

3.- En el consultorio se procedió a suturar la herida en primer tiempo para promover una adecuada cicatrización y se proporcionaron instrucciones sobre el cuidado de la herida, signos de infección y la necesidad de seguimiento. Se indicó además a la paciente de acudir nuevamente en caso de novedades.

4.- En las lesiones traumatológicas que afectan las regiones digitales distales, es posible que se produzcan roturas parciales, que permitan al tendón mantener un correcto balance durante las pruebas exploratorias, manifestándose el déficit secundariamente, en el tiempo, al no producirse una inmovilización (que no se realizó al no haber sospecha por la exploración).

5.- Cuando vuelve a acudir el 27 de abril, refiere "que no tiene tanta movilidad", lo que sugiere que la movilidad es parcial. Se atribuye este hecho a la presencia de signos inflamatorios ("edema"), y por tanto se prescribe un tratamiento antinflamatorio. En ningún momento describe un cambio en la clínica, como dolor incapacitante, falta de sensibilidad, parestesias, hormigueo, por ejemplo.

6.- La paciente realmente no ha perdido "movilidad de la mano izquierda", ni "la sensibilidad de la mano izquierda", como se describe en la reclamación.

En primer lugar, la lesión ha afectado solo una parte del segundo dedo (movilidad interfalángica distal y sensibilidad en el margen cubital del segundo dedo) de la mano izquierda y en según lugar la evolución ha sido favorable, como destaca tanto en la historia de atención primaria y en las notas clínicas de rehabilitación y traumatología. A favor de esto, se evidencia que fue dada de alta por ambos servicios.

En la última valoración de traumatología se señala que ha recuperado sensibilidad (una capacidad de discriminación de 5 mm es totalmente normal en los dedos), presenta flexión completa activa y la funcionalidad es correcta, es decir puede agarrar objetos, siendo la única limitación residual la capacidad de cerrar completamente el puño, quedando un pequeño espacio del grosor de un dedo sin cerrarse.

7.- En cuanto a la cicatriz, se describe en las notas de rehabilitación como una cicatriz endurada, hipertrófica, especialmente a nivel metacarpofalángico con sensación disestésica en dicho punto. El traumatólogo describe un queloide. En los queloides y cicatrices hipertróficas se observa una formación excesiva de tejido reparativo como consecuencia de una alteración de los sistemas de control en la formación de colágeno. Ambas son formas patológicas de cicatrización. La etiología de estas entidades no es totalmente conocida, aunque se cree que subyace una predisposición genética a la que se añadirían factores desencadenantes.

Dado que se trata de un proceso patológico de cicatrización, no depende de la actuación del cirujano. El traumatólogo derivó correctamente al dermatólogo para tratamiento.

8.- Tras revisión de la historia clínica de la paciente y de la documentación clínica disponible se emite informe DESFAVORABLE».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 1 de abril de 2022.

- Mediante Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud de fecha 12 de abril de 2022 se inadmite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial por (...), por hallarse prescrita conforme a lo dispuesto en el art. 67 LPACAP.

- Con fecha 20 de mayo de 2022 se interpuso Recurso de Reposición contra la anterior Resolución que fue desestimado por Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud de 15 de junio de 2022.

- Mediante Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo Número Uno de Santa Cruz de Tenerife de 25 de enero de 2024 dictada en el Procedimiento Abreviado n.º 560/2022, se ordena al Servicio Canario de la Salud admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...).

- Con fecha 5 de febrero de 2024 se dicta la Resolución n.º 75/2024 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...)

- Con fecha 5 de febrero de 2024 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de modo que a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determinen las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- Con fecha 20 de mayo de 2024 por la reclamante se solicita la apertura de la fase probatoria y se aporta determinado documental consistente en: partes de alta y baja en la Seguridad Social, informes médicos e informe pericial.

- Con fecha 29 de mayo de 2024 se remite el informe del SIP y se recaba la historia clínica de la paciente (...), a la que se adjuntan los informes de los Servicios concernidos.

- Con fecha 17 de junio de 2024 se dicta Acuerdo sobre Periodo Probatorio, mediante el cual se admiten a trámite las pruebas documental y pericial propuestas por la interesada.

- Con fecha 17 de junio de 2024 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, formulándose alegaciones mediante escrito de 15 de julio de 2024.

- Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el

Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, no se recabó el informe de los Servicios Jurídicos, al considerar el órgano instructor que se trataba de una cuestión resuelta previamente, y que ya había sido informada por el Servicio Jurídico en los siguientes términos: *«En esa primera asistencia, como indica el informe del Servicio de Urgencias hospitalario, el paciente presentaba máxima movilidad y no tenía signos de sección tendinosa. En esa asistencia se le explora, se comprueba la movilidad y se remite a enfermería de la especialidad de Traumatología para el abordaje de la herida (...) Una herida como la presentada, sin objetivarse déficit funcional o en la movilidad del dedo y sin signos de afectación tendinosa, no es indicativo de una remisión a especialista. De lo contrario, esto es, de constatarse esa afectación, sí conllevaría la remisión, no siendo éste el caso que nos ocupa (...) ».* (Informe de los Servicios Jurídicos, de 22 de mayo de 2017 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial n.º 97/14).

- Con fecha 9 de octubre de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. En el presente supuesto, la interesada solicita que le sea reconocida una indemnización por la deficiente asistencia sanitaria que recibió el 20 de abril de 2020, objetivando la existencia de una pérdida de oportunidad al considerar *«el amplio transcurso temporal entre el momento que podría haberse diagnosticado hasta el momento en que finalmente se diagnostica»* lo que *«ha provocado no sólo la rotura completa y la consiguiente retracción del tendón, obligando al sometimiento de la paciente a dos cirugías para el injerto y reconstrucción del tendón, sino que también un cercenamiento de los nervios de la mano consecuencia del corte sufrido, y cuya identificación también se dilató temporalmente de forma excesiva, trayendo como consecuencia la pérdida de sensibilidad en la mano izquierda».*

3. En relación con la teoría de la pérdida de oportunidad aplicada al ámbito asistencial sanitario, debemos recordar que la responsabilidad de las Administraciones públicas (art. 106 CE) implica que los ciudadanos deban ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos salvo los casos de fuerza mayor, siempre que dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, que el daño sea efectivo, evaluable

económicamente e individualizado y que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportarlo. Se trata, por tanto, de una responsabilidad objetiva o de resultado, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo. Ahora bien, cuando de responsabilidad sanitaria se trata, a la Administración solo le es exigible la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que quepa exigir la sanación completa. El límite de esta exigencia se encuentra en la denominada «*pérdida de oportunidad*», situación que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido, pero se ha generado incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el servicio otros parámetros de actuación; en suma: la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera.

Al respecto debe recordarse la Jurisprudencia del Tribunal Supremo expuesta, entre otras, en la Sentencia de 7 de julio de 2008, afirmando que la privación de expectativas en que consiste la denominada *«pérdida de oportunidad»* constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), *«los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias»*.

4. En el presente caso, una vez analizado el expediente remitido, apreciamos la existencia de omisión de trámites del procedimiento que impiden un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión controvertida.

Así, el informe del SIP señala que «en la lesión de los tendones flexores (no se puede flexionar el dedo, se mantiene en extensión) de los dedos, el tratamiento siempre es quirúrgico, siendo preferible realizar la reparación del tendón de forma precoz. El problema puede surgir cuando el diagnóstico de la rotura del tendón se hace tardíamente o cuando una rotura parcial evoluciona a una rotura total», sin embargo, en tal informe no se determina lo que se considera por «reparación precoz», esto es, el tiempo que prudencialmente se considera como adecuado para llevar a cabo la reparación sin que, a priori, surjan problemas. Este dato es relevante para la resolución del presente expediente, máxime si se tiene en cuenta que entre el día en que se produjo el hecho lesivo -20 de abril de 2020- y el día en que se le

practicó la intervención quirúrgica a la reclamante -29 de mayo de 2020- transcurrió algo más de un mes, por lo que se deberá emitir informe complementario en el que se dé respuesta esta cuestión.

Asimismo, se deberá informar acerca de si el hecho de que transcurriera algo más de un mes desde la producción de la lesión hasta la intervención quirúrgica determinó que la práctica de esta última revistiera una mayor complejidad que si se hubiera practicado de habérsele diagnosticado la rotura del tendón en un primer momento -20 de abril de 2020-. Así como, si de haber sido diagnosticada la rotura del tendón desde un primer momento la evolución y las secuelas que le han quedado a la reclamante hubieran sido las mismas o diferentes.

Por último, tanto en la Resolución por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial como en la Propuesta de Resolución se hace referencia a la Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo Número Uno de Santa Cruz de Tenerife de fecha 25 de enero de 2024, sin embargo no consta en el expediente remitido a este Organismo consultivo, por lo que deberá aportarse.

5. Es por todo ello que procede retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe complementario del SIP en los términos expuestos en el apartado anterior, así como se aporte la Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo Número Uno de Santa Cruz de Tenerife de fecha 25 de enero de 2024.

Una vez cumplimentado dicho trámite, y otorgada vista y audiencia al interesado, se formulará una nueva Propuesta de resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina no conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen, debiendo retrotraerse el procedimiento a efectos de que se practiquen las actuaciones señaladas.