Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de diciembre 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. 671/2024 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 Secretaría 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. Ha de advertirse que, si bien la reclamante no cuantifica la indemnización solicitada [ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo -a pesar de ser requerida a tal efecto-], la Administración sanitaria ha solicitado el presente dictamen; por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones [*v.gr.,* Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril o 493/2021, de 14 de octubre].

En idéntico sentido se pronuncia la Propuesta de Resolución: *« (...) la (...) interesada no cuantifica la indemnización que solicita. No obstante lo anterior, dado que se reclama por el agravamiento de una lesión en extremidad superior que requería tratamiento quirúrgico, este Órgano instructor considera que la cuantía*

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

superaría la mencionada cantidad (6000 €), por lo que se solicita la emisión del correspondiente Dictamen».

Esta cuantía determina la preceptividad 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 resulta de aplicación la citada LPACAP; 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 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. 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.

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 Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que la reclamante ostenta la condición de interesada al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Asimismo, y según consta en el expediente administrativo, la interesada actúa mediante representante -abogada-, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5 LPACAP].

5.2. 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.

Asimismo, se encuentra legitimado pasivamente el centro sanitario privado en donde fue dispensada la prestación médica a la paciente -por cuenta del Servicio Canario de Salud a través de la figura del concierto sanitario-.

Como se ha manifestado en numerosos Dictámenes de este Consejo Consultivo [31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros], los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los arts. 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos.

Conforme a la legislación de contratación administrativa, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Por ello, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud -el Servicio Canario de la Salud en este caso-, como el centro sanitario privado concertado; porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo.

En el presente caso, se encuentra, además, legitimada pasivamente la (...) por cuanto, si bien la reclamación se dirige frente al Servicio Canario de Salud, en la mima se imputa responsabilidad patrimonial a los dos organismos que han prestado asistencia sanitaria a la reclamante, al señalar expresamente que existe *«una relación inequívoca de causa-efecto entre el anormal funcionamiento del servicio público, Servicio Canario de Salud y (...), y los daños producidos».*

Como ha dicho el Tribunal Supremo en sentencia de fecha 10 de diciembre de 2009, el hecho de que las Mutuas Patronales sean sujetos privados no es obstáculo para que las mismas puedan ser objeto de reclamaciones en el ámbito de la

responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas ya que aquellas realizan su labor prestando un servicio público por cuenta del Sistema Nacional de Salud. Por ello, debe insistirse que en cuanto las mismas tienen atribuida, en virtud de las disposiciones legales y reglamentarias, la colaboración con la administración pública sanitaria en la gestión de la Seguridad Social de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se encuentran sometidas al mismo régimen que las administraciones públicas. Recordemos que la jurisprudencia (por todas la STS de 27 de junio de 2006, 18 de septiembre de 2007,_recurso casación 1962/2002 con cita de otras sentencias anteriores) a los fines del art. 106.2 de la Constitución, ha homologado como servicio público, toda actuación, gestión, actividad o tareas propias de la función administrativa que se ejerce, incluso por omisión o pasividad con resultado lesivo. En consecuencia, los particulares podrán reclamar por las lesiones que sufran en sus derechos a consecuencia del funcionamiento de la asistencia sanitaria prestada por las Mutuas Patronales como entidades colaboradoras de la Seguridad Social.

En el presente caso, estamos ante un supuesto en que se plantea la responsabilidad concurrente de la Administración sanitaria y una mutua patronal, dirigiéndose la acción frente a la primera.

Por tanto, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, la Administración ante la que se plantea la reclamación, en este caso SCS, deberá resolver todas las cuestiones planteadas, y, en consecuencia, debería pronunciarse sobre la responsabilidad de cada una de las «*Administraciones*» implicadas (en sentido propio, el SCS y en sentido lato la mutua patronal), dado que, según viene reiterando el Tribunal Supremo, las mutuas patronales realizan su labor prestando un servicio público por cuenta del Sistema Nacional de Salud -por todas, Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 2011, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª-), dando audiencia y participación en el procedimiento a la mutua afectada tenor de lo dispuesto en el art. 33.2 LRJSP. Esta solución es concordante con las previsiones de los arts. 9.4 de la Ley Orgánica del Poder Judicial y 2.e) de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en cuanto que residencian en este orden jurisdiccional las pretensiones de responsabilidad patrimonial deducidas frente a las Administraciones, *«aun cuando en la producción del daño concurran con particulares»,* en cuyo caso el demandante deducirá también frente a ellos su pretensión ante este orden jurisdiccional.

En definitiva, cuando la asistencia sanitaria haya sido prestada en un centro de la red pública y en un centro dependiente de la mutua la reclamación debe sustanciarse por el procedimiento administrativo, con audiencia y participación del ente colaborador, y en su caso, habrá lugar a una responsabilidad mancomunada en atención al grado de responsabilidad de cada uno en el resultado final, o la responsabilidad será solidaria cuando no sea posible dicha determinación (art. 33.2 LRJSP).

En definitiva, en el presente procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, junto a éste, están legitimados pasivamente el centro sanitario privado concertado y la (...), estas razones explican que el instructor haya llamado a ambos al procedimiento -en su calidad de presuntos responsables del daño alegado- y les haya dado vista del expediente y trámite de audiencia.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP]. Circunstancia ésta que no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses [arts. 21.2 y 91.3 LPACAP]. No obstante, aún 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].

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que le sea reconocido el derecho a ser indemnizada 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.

En este sentido, la perjudicada fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos -folios 1 y ss.-:

« (...) Que en fecha 13.05.2017 sufrí un accidente, durante el tiempo de trabajo y en el centro donde desarrollaba el mismo, mientras realizaba tareas de reponedora, y los hechos se produjeron de la siguiente forma: Reponiendo un pale de leche se me cae una caja de leche en antebrazo derecho. Atendida inicialmente en Urgencias de (...), con diagnóstico contusión de antebrazo derecho, contacto, traumatismo de antebrazo derecho. El 15 de

mayo del 2017 fue atendida por la (...), que la empresa tiene concertada la cobertura de accidente de trabajo, recibiendo asistencia sanitaria y sin causar baja hasta el 19.06.2017, donde se recomienda adaptación laboral. Con fecha 12/07/2017 se me comunica del Departamento de Recursos Humanos de la empresa que se me reincorpora a realizar tareas en línea de cajas (desde el Servicio Médico de Empresa de acuerdo con el Servicio de Prevención promovemos la adaptación del puesto de trabajo). El 08.01.2018 trabajando en tareas de reposición comienza con dolor en antebrazo derecho, presentando la misma patología que el 13.05.2017, recibiendo asistencia sanitaria y sin causar baja. El 21.05.2018 tiene una recaída clínica causando baja laboral por accidente de trabajo hasta 14.06.2018 con alta por mejoría. El día 18.10.2018 acudí a mi médico de familia de la Seguridad Social, a causa de los dolores que sufría como consecuencia del citado accidente de trabajo, la cual emitió parte de BAJA de Incapacidad Temporal, con diagnóstico de tenosinovitis estiloide de radio, por contingencias comunes por enfermedad común, cuatro meses posteriores al proceso derivado de contingencia profesional, hasta el 02.11.2018. El 03.11.2018 acude a trabajar y después de estar trabajando comienza con dolor en mano derecha e inflamación. El mismo día acude a Urgencia de (...) donde le informan facies álgidas dolor a la palpación de borde radial de muñeca con impotencia a la movilidad de 12 dedo. El 05.11.2018 inicia nuevo proceso de IT hasta el 26.11.2018. El último proceso de IT iniciado el 17.12.2018, considerado recaída de los dos procesos anteriores ha agotado los 365 días, reconociendo una prórroga de dicha IT por Tendinitis de D'Quervain y neuropatía radial derecha, por contingencias comunes por enfermedad común.

En informe de Atención Primaria de fecha 6 de agosto de 2018 se recoge: "Paciente mujer de 36 años que lleva un año y tres meses en seguimiento por su mutua por tendinitos de Quervain en muñeca derecha y cervicalgia. La paciente refiere que sus lesiones son debidas al peso que coge en su trabajo (ahora cajera en (...)). El 5 de mayo tenía previsto operarse (tenolisis de los tendones) de la muñeca por mala evolución tras rehabilitación e infiltración, pero el día anterior se lo suspendieron y la mandaron a otro especialista el cual le prescribió una férula para dormir y al terminar de trabajar. Tras un montón de pruebas, le dicen que no son partidarios de operar, y en el último control que le hacen en su mutua descubren que tenía signos de Tinel positivos en el plexo branquial, en la axila y en el nervio mediano, con lo cual dicen que existe una irritabilidad clara del plexo braquial, considerando que existe una afectación poliarticular de origen primario constitucional, y debe ser valorada por el Sistema General de la Seguridad Social. La paciente sigue mal y refiere que le han dicho que en dos años va a perder la movilidad de la mano derecha".

Después de varias reclamaciones, deciden intervenirme quirúrgicamente en fecha 27.04.2020 en el Complejo Hospitalario de Canarias, después de más de dos años de espera.

Por causa imputable a la actuación de esa Administración sanitaria a la que me dirijo, se me produjeron daños y perjuicios lesivos que no tengo el deber jurídico de soportar, primero por error en el diagnóstico y tratamiento aplicado, y por retraso injustificado para la

intervención quirúrgica. Las secuelas que puedan derivarse de dicho error de diagnóstico y del retraso en la intervención quirúrgica no puede determinarse en este momento, puesto que no ha dado el alta.

El error ha causado daños y perjuicios lesivos, de los que no se ha determinado el alcance de las secuelas, y de los que aún no he obtenido la curación.

(...) De los anteriores hechos resulta evidente la inequívoca relación de causalidad entre los daños producidos y el funcionamiento de los servicios públicos de esa Administración».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria, la perjudicada solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios que se entienden irrogados, sin que resulte determinada la cuantía indemnizatoria pretendida por la reclamante.

III

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

1. Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 2 de septiembre de 2020 (...) 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 dispensada a la paciente.

2. Con fecha 29 de septiembre de 2020 se requiere a la interesada a fin de que subsane su reclamación.

3. Con fecha 21 de octubre de 2020 la representante de la perjudicada formula escrito de alegaciones en el que manifiesta lo siguiente:

«Esta parte desea concretar (que) el error en el diagnóstico consistió en permanecer durante más de dos años sin ser intervenida, realizando tratamiento de rehabilitación e infiltración. Tras varias pruebas, y el transcurso de más de dos años, determinan que tengo tendinitis de Quervain. Esta parte se encuentra en lista de espera, para ser operada por el Servicio Canario de Salud, desde el 1 de enero de 2019, siendo intervenida en fecha 27 de abril de 2020. De ser diagnosticada antes mi patología, y de ser intervenida, sin dicho retraso injustificado, no se hubiera visto agravada mi patología».

4. La reclamación formulada por la paciente es admitida a trámite mediante Resolución de 27 de octubre de 2020, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La precitada Resolución consta debidamente notificada a la reclamante.

5. Con fecha 8 de julio de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-, informe médico sobre la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el Hospital Universitario de Canarias -en adelante, HUC-, en Atención Primaria y en el centro sanitario (...).

- Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUC -en adelante, COT-, de 1 de diciembre de 2020.

- Informe de 31 de enero de 2020, del Servicio de COT de (...).

- Informe de 4 de abril de 2024 de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

6. Consta en el expediente el dictado del oportuno acuerdo probatorio -con fecha 15 de diciembre de 2023- y la apertura del trámite de vista y audiencia a los interesados -con fecha 8 de julio de 2024-.

Ambos trámites constan debidamente notificados a la reclamante, al centro sanitario (...) y a la (...)-.

Una vez transcurrido el plazo legalmente otorgado al efecto, no consta la formulación de alegaciones por parte de los interesados ni la presentación de nueva documentación.

7. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j)

del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8. Con fecha 16 de octubre de 2024 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) al *« (...) no concurrir los requisitos necesarios para declarar (la) responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud»*.

9. Mediante oficio de 23 de octubre de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC].

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada a la paciente.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

1.1. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 654/2024, de 12 de noviembre [con cita del Dictamen 272/2019, de 11 de julio]:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas

invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito 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. 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria*

(art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

1.2. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta oportuno atender a las consideraciones efectuadas por el SIP en su informe de 8 de julio de 2024 -folios 278 y ss.-; documento que sirve de base a la Propuesta de Resolución -art. 88.6 LPACAP- y en el que se pone de manifiesto lo siguiente:

«El presente informe tiene como objetivo poner en contexto la relación de los hechos con la historia natural de la enfermedad de la paciente y la adecuación de los servicios sanitarios prestados a la (...) nacida en el año 1982, trabajadora de (...) y con los siguientes antecedentes personales:

- Asma Bronquial.

- Artroscopia de Rodilla Derecha.

- Quemadura en 2006.

- Ansiedad en 2008, 2011 y 2017.

- Embarazo en 2008.

- Calambres en las manos en 2016.

- Hipertiroidismo.

- Parestesias en Mano Derecha en 2017.

- Tendinitis de Quervain o Tenosinovitis Estiloide del Radio en 2018.

- Cervicalgia en 2019.

- Cirugía de la Mano en 2020.

1.- El día 1 de junio de 2016 (...) consulta a su medica de familia por calambres en ambas manos, pero con predominio derecho para lo que se le recomienda el uso de una muñequera (Férula) con el objetivo de mejorar la clínica, además en esta visita se le solicita analítica completa para control de salud.

2.- El día 1 de julio de 2016 refiere que los calambres de la mano no mejoran y que siente dolor para lo que su médica indica tratamiento con AINE tipo Enantyum con pauta 1 cada 8 horas combinado con un IBP o protector gástrico.

3.- El día 13 de mayo de 2017 sufrió un accidente, mientras realizaba tareas de reponedora en su lugar de trabajo. Fue atendida inicialmente en Urgencias de (...), con diagnóstico contusión de antebrazo derecho, se descartó fractura mediante radiografía y se recomendó Entantym cada 8 horas para un traumatismo de antebrazo derecho.

4.- El día 15 de mayo del 2017 fue atendida por la (...), causando baja el 19 de junio de 2017, donde se recomienda adaptación laboral.

5.- El día 2 de mayo de 2017 se realiza a través de privado (H.Bellevue): Ecografía articular Región dorsal antebrazo derecho en donde se visualizó discreta cantidad de líquido libre peritendinosa a nivel del tendón extensor común de los dedos, sugestivo de tenosinovitis. (inflamación del Tendón y la vaina que le recubre).

6.- El día 12 de julio de 2017 la paciente se reincorporó a su trabajo en el puesto de reponedora de caja. Es dada de alta por mejoría la (...).

7.- El día 4 de octubre de 2017 la paciente acude a su medica de familia refiriendo que se le dormía la mano derecha y en el examen físico que le practicó impresionaban signos para el Síndrome de Túnel Carpiano. La paciente se mantenía en tratamiento por la (...), debido a que se consideraba accidente laboral.

8.- El día 8 de enero de 2018 trabajando en tareas de reposición comienza con dolor en antebrazo derecho, presentando la misma patología que el 13 de mayo 2017, recibiendo asistencia sanitaria y sin causar baja laboral.

9.- El día 2 de febrero de 2018 se realiza un estudio de imágenes tipo Resonancia Magnética del codo derecho por privado (H.B): En donde se diagnosticó Tenosinovitis proximal ancóneo. Moderada sinovitis de codo predominio lateral.

10.- El día 26 de febrero de 2018 se realiza Estudio electro-fisiológico por privado (…), que concluyó con: Radiculopatía cervical C6-C7, predominio derecho de intensidad leve y evolución crónica, sin signos agudos de denervación en el momento actual.

11.- El día 26 de abril de 2018 acude a valoración por privado en el Hospital Parque y es valorada por el Servicio de COT quienes señalan:

"Paciente infiltrada por Tendinitis de De Quervain mala evolución, la paciente refiere todavía dolor a la palpación de la tabaquera anatómica extendido al dorso del antebrazo Flinkestein pos vista la mala evolución de la paciente con RHB e filtración vista la larga evolución de la enfermedad (1 año) indico y explico a la paciente la posibilidad de realizar una tenolisis de los tendones, explico riesgos específicos e generales (rama sensitiva del nervio radial) solicito autorización para intervención programada el día 3 de mayo de 2018".

12.- El día 4 de mayo y 6 de junio de 2018 es valorada en la Unidad de Cirugía de la Mano en centro privado GECOT quienes indican tratamiento en el contexto de 1. Tenosinovitis del Primer Compartimento Extenso dorsal. 2. Inestabilidad de la Trapecio Metacarpiana. 3. Radiculopatía cervical leve 4. Inestabilidad MediocarPiana.

13.- El día 21 de mayo de 2018 tiene una recaída clínica causando baja laboral por accidente de trabajo a través de la (...).

14.- El día 14 de junio 2018 la (...) indica a la paciente alta médica por mejoría.

15.- El día 6 de agosto de 2018 acude a consulta con su Médica de Familia refiriendo que:

"Lleva un año y tres meses en seguimiento por su mutua por tendinitis de Quervain en muñeca derecha y cervicalgia. La paciente refiere que sus lesiones son debidas al peso que coge en su trabajo (ahora de cajera en (...)). El 5 de mayo tenía previsto operarse (tenolisis de los tendones) de la muñeca por mala evolución tras rehabilitación e infiltración, pero al día anterior se lo suspendieron y lo mandaron a otro especialista el cual le mandó una férula para dormir y al terminar de trabajar. Tras un montón de pruebas, le dicen que no son partidarios de operar".

Por todo lo anteriormente expuesto es referida al Servicio de Reumatología con carácter urgente del CHUC para ser valorada y tratada en el contexto de Tendinitis de Quervain.

16.- Inmediatamente después el día 4 de septiembre de 2018 es valorada por el Servicio de Reumatología del CHUC; en esta visita vuelve a mencionar que había estado siendo tratada por el Traumatólogo de la (...), el cual le había indica(do) medicación oral, infiltraciones y 50 sesiones de rehabilitación sin mejoría.

La (...) decidió que se trataba de una enfermedad común, no laboral, con diagnóstico de posible afectación sistémica, que podría perder movilidad del miembro superior derecho y se remite para valoración por el Sistema Nacional de Salud.

Existe una nota del Médico Reumatólogo en donde dice:

"La paciente ha sido dada de alta de MUTUA sin completar el estudio a mi juicio. Actualmente impresiona de posible inestabilidad de muñeca en relación con patología

tendinosa del grupo extensor común / propio del 1º dedo. No datos inflamatorios actualmente".

Por lo que se solicitó Resonancia Magnética Nuclear y se pautó el uso de la férula y manejo con AINEs orales para la inflamación y neuromoduladores tipo Pregabalina para el dolor neuropático.

17.- El día 18 de octubre de 2018 acude a consulta sucesiva con el Servicio de Reumatología previa realización de RNM en Centro Concertado la cual concluía dentro de la normalidad, mas sin embargo por Clínica al practicar minuciosos examen físico y tener Finkelstein positivo: signo patognomónico de Tendinitis de Quervain se confirmaría (por primera vez por el Sistema Nacional de Salud) el diagnóstico de la paciente.

Durante esta visita la Médica Reumatóloga realiza infiltración osteo-articular de la primera articulación metacarpo-falángica con corticoides de uso sistémico.

También se indicó baja laboral (proceso de Incapacidad Temporal o IT) por 2 semanas y se vuelve a dejar una nota que refiere que la patología es una enfermedad laboral.

Igualmente se remitió a la Unidad de Salud Mental por presentar angustia y nerviosismo.

18.- EL mismo día 18 de octubre de 2018 acude también a consulta con su Médica de Familia refiriendo que la han infiltrado y que le recomendaron baja médica en contexto de enfermedad laboral.

19.- El día 19 de octubre de 2018 acude nuevamente a consulta con su Médica de Familia refiriendo que le han negado el proceso de Incapacidad Temporal (IT) por enfermedad laboral desde la (...).

20.- Vale la pena resaltar que la Incapacidad Temporal con el diagnostico de Tendinitis de Quervain/ Tenosinovitis Estiloide de Radio en contexto de enfermedad común se inició el día 18 de Octubre de 2018.

21.- El día 2 de noviembre de 2018 acude a control de la Incapacidad Temporal con su Médica de Atención Primaria refiriendo que persistía el dolor pero que le iban a adecuar el puesto de trabajo por lo que solicita el alta médica.

22.- El día 5 de noviembre de 2018 acude nuevamente a consulta con su Médica de Familia en el Centro de Salud de Salud de La Vera refiriendo que a las pocas horas de estar trabajando se ha exacerbado el dolor en la muñeca derecha por lo que se le indica Baja Médica.

23.- El día 7 de noviembre de 2018 acude cita de seguimiento y revisión por el Servicio de Reumatología refiriendo que a la semana de la infiltración comenzó con dolor nuevamente, así que no hizo efecto. Se dio de alta, pero a las dos horas empezó con dolor y limitación funcional.

Por lo que debido al fracaso terapéutico con las infiltraciones más la medicación oral y tal como recomiendan todos los consensos se realizó interconsulta al Equipo de Cirugía de la Mano de COT, siendo dada de alta por el Servicio de Reumatología.

24.- El día 26 de noviembre de 2018 es dada de alta en el proceso de Incapacidad Temporal.

25.- El día 10 de diciembre de 2018 es valorada por el Servicio de Salud Mental en el contexto de nerviosismo extremo derivada desde el Servicio de Reumatología.

26.- El día 17 de diciembre de 2018 tras 48 horas con exacerbación de dolor crónico, decidió acudir a su Centro de Salud en La Vera, solicitando iniciar proceso de IT nuevamente en forma de recaída de los dos procesos anteriores ha agotado los 365 días, existe una nota de su médica en donde dicta: "reconociendo una prórroga de dicha IT por Tendinitis de D'Quervain y neuropatía radial derecha, por contingencias comunes por enfermedad común".

27.- El día 10 de enero de 2019 tan solo 2 meses desde su derivación del Servicio de Reumatología consta la Inclusión en la lista de espera quirúrgica: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (HUC) TRAUMATOLOGIA (TRA) con prioridad 1.

28.- El día 11 de enero de 2019 acude a control por el Servicio de Endocrinología en contexto de Hipertiroidismo con anemia ferropénica. Para lo que se le indicó analítica de control, hierro oral y seguimiento por el Servicio de Hematología.

29.- El día 15 de febrero de 2019 consta en el Informe sobre la Situación Administrativa en Lista de Espera de La Dirección General de Programa Asistenciales que el caso de la paciente fue derivado a centro concertado.

30.- El día 25 de febrero de 2019 la paciente visita a su Médica de Familia en donde refiere que:

"La llamaron del HUC para ver si la derivaban a un centro concertado y les dijo que no".

31.- El día 7 de marzo de 2019 consta en el Informe sobre la Situación Administrativa en Lista de Espera de La Dirección General de Programa Asistenciales que la cirugía cursó con rechazo voluntario de centro concertado (Hospital (…)).

32.- El mismo 12 de marzo de 2019 consta que en el Informe sobre la Situación Administrativa en Lista de Espera de La Dirección General de Programa Asistenciales la petición de cirugía fue recuperada en centro de referencia (HUC) como lista de espera no estructural, tras rechazo voluntario de derivación.

33.- El día 9 de abril de 2019 La señora (...) acude a consulta de seguimiento por el Servicio de Traumatología para valorar el diagnóstico de Tendinitis de Quervain derecha resistente a tratamiento rehabilitador (50 sesiones) y a infiltraciones (por lo menos 2). Al

examen físico presentó signo de Tinel (denota afectación de los nervios de la muñeca) en rama sensitiva del nervio radial.

Durante esta visita consta que el Servicio de COT emite una carta de priorización para así diligenciar el acto quirúrgico.

34.- El día 22 de julio de 2019 acude a control de IT con su Médica de Familia en donde refiere cervico-braquialgia persistente y que se encuentra a la espera de turno quirúrgico.

35.- El día 2 de septiembre de 2019 acude a control de IT nuevamente con Médica de Familia aportando datos de la gastroscopia que se realizó en verano por el Servicio de Digestivo, quienes mediante biopsia diagnostica: Gastritis crónica por infección por H. Pylori.

36.- El día 13 de septiembre de 2019 acude nuevamente a Atención Primaria refiriendo Dorsalgia, diagnosticándose contractura muscular por lo que se pautó Enantym intramuscular, resolviendo así la dolencia.

37.- El día 3 de octubre de 2019 acude a Servicio de COT en el Hospital Parque quienes valoran a la paciente y hacen correcciones en el tratamiento que realizaba la misma, resalta que la paciente con 37 años incluida en LEQ por Tendinitis De Quervain severa, resistente a tratamiento conservadores.

Al examen físico la paciente presentó: Signo de Filkenstein++.(signo patognomónico de Tendinits de Quervain.

Se le recomendó, además, bajar el tiempo de uso de la férula por el riesgo de atrofia muscular.

38.- El día 14 de Octubre de 2019 se indicó tratamiento erradicador frente al H. pylori. Desde atención primaria.

39.- El día 13 de noviembre de 2019 acude a control de proceso de IT por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, (...) quienes indican una prórroga de 6 meses con el diagnóstico de Tenosinovitis Estiloide del Radio.

40.- El día 17 de enero de 2020 consta en el Informe sobre la Situación Administrativa en Lista de Espera de La Dirección General de Programa Asistenciales que se realizó la segunda derivación para acto quirúrgico en (...) (...) (...) .

41.- El mismo 20 de enero de 2020 es citada la Señora (...) para valoración pre-quirúrgica por el Servicio de COT de centro concertado en Hospital (…).

42.- El día 3 de febrero de 2020 la Cirugía prevista en el centro concertado ((...)) fue rechazada por causas clínicas exponiendo lo siguiente:

"Proceso Tendinitis de Quervain derecha paciente que fue valorada por Dr (…) en HUC, indicando micro-cirugía de nervio periférico por neuritis radial además de tenolisis de 1º

compartimento extensor de muñeca derecha. La microcirugía no está concertada. Se remite a hospital de referencia, HUC."

43.- El día 4 de febrero 2020 consta en el Informe sobre la Situación Administrativa en Lista de Espera de La Dirección General de Programa Asistenciales que la cita de la paciente fue recuperada en su centro de referencia (HUC) como rechazo por causas clínicas, retornando a la lista de espera estructural.

44.- El día 27 de abril de 2020 la paciente acude de forma voluntaria y programada para tratamiento quirúrgico de Tendinitis de De Quervain derecho. Consta que se realizó el procedimiento previa valoración pre-anestésica y habiendo recibido de forma verbal en qué consistía la operación y firmando el consentimiento informado.

Se realizó mediante anestesia regional en decúbito supino con manguito de isquemia (40 minutos). Liberación de rama superficial del nervio radial y del primer compartimento extensor (abductor largo y extensor corto del pulgar). Sin incidencias.

Por ello se indicó analgesia y antiinflamatorios orales y revisión por consultas externas en 2 semanas por el Servicio de COT.

45.- El día 5 de junio de 2020 se le indica a la paciente terapia de Rehabilitación por el uso prolongado de la férula, la misma cirugía y el dolor refractario post-quirúrgico.

46.- Se mantiene en terapia de tercer nivel de atención especializada a cargo del Servicio de Rehabilitación quienes indican Fisioterapia de forma consecutiva los siguientes días:

El 22 de julio de 2020: Drenaje y despegamiento cicatriz, mecanoterapia con TENS si precisa.

El día 25 de agosto de 2020: Hacer 15 sesiones con Tinur + Medicación oral y seguir con la terapia de Rehabilitación.

El día 17 de septiembre de 2020: Se indican 10 sesiones de Rehabilitación más.

El día 15 de octubre de 2020: Se indicó el Alta médica por máxima mejoría alcanzable con la Rehabilitación.

47.- El 11 de enero de 2021 acude a control con su Médica de Familia refiriendo que en ocasiones persiste dolor crónico en región de muñeca derecha con alteraciones de la sensibilidad y debido a que estaba de alta por el Servicio de Rehabilitación, se le ha protocolizado visita por la Unidad del Dolor para control de la escalera analgésica y tratamiento tipo infiltración osteo-articular».

A la vista de lo indicado en las líneas precedentes, y según refiere tanto el SIP como el órgano instructor en su Propuesta de Resolución, procede extraer las siguientes conclusiones -folios 289 y ss.-:

«1.- Del reconocimiento de la patología de la paciente como Accidente Laboral por la (...):

Existe constancia documental de que el 15 de mayo de 2017 la paciente acude a su Mutua como trabajadora de (...) refiriendo que "trabajando se le cae una caja de leche en antebrazo derecho (diestra)". Atendida inicialmente en Urgencias de (...) en donde le diagnostican contusión en brazo.

Consta además que se solicitaron pruebas tipo radiografía y ecografía el 22 de mayo de 2017 en donde se sospechaba de una Tenosinovitis. (inflamación de la vaina que recubre los tendones).

A partir de este momento y con el Diagnóstico de Tendinitis de Quervain, por lo que se mantuvo recibiendo tratamiento vía oral, rehabilitación e infiltraciones osteoarticulares, en junio de 2018 se da el alta con adecuación de puesto laboral.

No es sino hasta el 30 de julio de 2018 que le comentan a la paciente que no la van a tratar mas por "patología constitucional una vez completado los tratamientos."

El caso clínico de la paciente fue llevado por la (...) desde el día 15 de mayo de 2017 hasta el 30 julio de 2018 en contexto de accidente laboral por Tendinitis de Quervain.

2.- De la primera visita a su Médica de Familia del Servicio Canario de Salud por la patología:

No es sino hasta el 6 de agosto de 2018 que la paciente acude por primera vez a consulta con su Médica de Familia refiriendo que:

"Lleva un año y tres meses en seguimiento por su mutua por Tendinitis de Quervain en muñeca derecha y cervicalgia.

Por lo que la paciente es referida al Servicio de Reumatología con carácter urgente del CHUC en el contexto de Tendinitis de Quervain refractaria a tratamiento.

3.- De la derivación inmediata a Reumatología:

Consta en la visita de Atención Primaria con fecha 6 de agosto de 2018 que se solicitó desde Atención Primaria valoración con carácter urgente por el Servicio de Reumatología quienes respondieron de forma rápida viendo a la paciente en consulta el día 4 de septiembre del 2018 cuando habría trascurrido menos de un mes desde la solicitud inicial.

Existe una nota de la Especialista en Reumatología que refiriendo que: "La paciente ha sido dada de alta de MUTUA sin completar el estudio a mi juicio".

Aquí queda demostrada que la paciente siempre fue bien atendida y además de forma expedita tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

4.- Se cumplieron los consensos en cuanto al tratamiento conservador.

Una vez la paciente estuvo en manos del Servicio de Reumatología se le brinda la terapéutica escalonada y multicéntrica que recomiendan los consensos nacionales e internacionales. En primer lugar, recomendó el uso de una ortesis y dan las recomendaciones generales para el uso de la misma.

Se solicitaron pruebas de imágenes de vanguardia tipo Radiografía y Resonancia Magnética Nuclear, también se indicaron fármacos antiinflamatorios orales, sesiones de rehabilitación y fisioterapia, terminando con filtraciones osteo-articulares con corticoides.

El tratamiento de la Tendinitis de Quervain debe ser inicialmente conservador. Se suele recomendar de manera secuencial: reposo, inmovilización con férula, antiinflamatorios no esteroideos e inyecciones de corticoides (Peters-Veluthamaningal C, 2009).

Los antiinflamatorios no esteroideos solos no son efectivos. La inyección de corticoides es el tratamiento conservador más efectivo (NNT 2) (Ashraf MO, 2014).

Igualmente, los enfoques combinados ortesis/corticosteroides podrían ser más eficaces que cada intervención por separado (Cavaleri R, 2016; Huisstede BM, 2014).

5.- De La Interconsulta al Servicio de Traumatología y su inclusión inmediata en la Lista de Espera Quirúrgica:

La Señora (…) se mantuvo recibiendo tratamiento por el Servicio de Reumatología y Rehabilitación hasta el mes de diciembre de 2018 de forma ininterrumpida, cuando se da de alta por estos servicios debido a que no había encontrado mejoría con el tratamiento conservador. Por lo que se realizó interconsulta con el Equipo de Traumatología (cirugía de la mano) quienes valoraron inmediatamente el caso y se incluyó a la paciente en la lista de espera quirúrgica el día 10 de enero de 2019. Siendo derivada para Cirugía en Centro Concertado el día 15 de febrero de 2019. No habrían trascurrido 1 mes desde la solicitud de la misma.

En este sentido, el tratamiento quirúrgico está indicado cuando fracasan las medidas anteriormente mencionadas. La liberación quirúrgica de los tendones tiene tasas elevadas de éxito. La liberación abierta es la técnica más empleada y recomendada. (Peters-Veluthamaningal C, 2009; Kang HJ, 2013; Huisstede BM, 2014).

6.- Del rechazo a la primera cirugía por parte de la paciente:

Consta que la documentación aportada que la paciente rechazó de forma voluntaria la cirugía que se le fuera a practicar en el centro concertado el día 7 de marzo de 2019. no habiendo pasado ni 60 días desde el momento de la primera derivación.

7.- De la Re-Inclusión en la Lista de Espera Quirúrgica y la priorización de la Cirugía:

Aun así, el retraso fue mínimo ya que, y como se puede observar en el Informe sobre la Situación Administrativa en Lista de Espera de la Dirección General de Programas Asistenciales, la paciente fue recuperada en centro de referencia como lista de espera no estructural, citada nuevamente para la cirugía el día 3 de febrero de 2020 cuando ésta es rechazada ya que no cumplía con los criterios de derivación a centro concertado.

Finalmente realizándose la cirugía el día 27 de abril de 2020 bajo régimen de anestesia local en el HUC, sin incidencias ni complicaciones.

Posteriormente se le brindó terapia de fisioterapia post-quirúrgica a cargo del Servicio de Rehabilitación hasta el 15 de octubre de 2020, contando un total de 6 meses. Y derivación para el abordaje del dolor refractario residual por la Unidad del dolor.

8.- De los hallazgos quirúrgicos y el tratamiento indicado para el diagnóstico correcto:

Al momento de practicarse la cirugía se encuentran atrapadas la rama superficial del nervio radial y del primer compartimento extensor (abductor largo y extensor corto del pulgar) los cuales se liberaron sin incidencias. Esto demuestra de forma inequívoca que el diagnóstico fue correcto desde un principio y que se le brindó a la paciente todo los recursos tanto físicos como intelectuales según la ciencia médica moderna para el tratamiento de su dolencia.

Aunque La Tendinitis de Quervain es una enfermedad multifactorial y que no existe una clara relación causal entre la tenosinovitis de Quervain y los factores de riesgo ocupacional según Stahl S, 2013. Hay autores que defienden que es una enfermedad que se puede producir por Alteraciones de la mano por traumas acumulativos en el trabajo, como lo mencionan (…).a, (…) de La Universidad de Murcia».

Corrección del proceder médico -a la luz de la *lex artis ad hoc*- que queda corroborada a través de las manifestaciones contenidas en el informe de 1 de diciembre de 2020 del Servicio de COT del HUC -folio 138-:

«(El) caso (...) comienza como accidente laboral, por lo que parte de la demora no corresponde al SCS. Según consta, causa baja por CC por primera vez el 18/10/2018, con diagnóstico de tendinitis de D´Quervain.

El tratamiento correcto de esta patología debe ser gradual, comenzando por el tratamiento conservador, que consiste en medidas antinflamatorias, reposo de los tendones afectos incluso con la utilización de ortesis de descanso, infiltraciones locales y tratamiento rehabilitador.

Todo esto se debe ir realizando sucesivamente antes de indicar el tratamiento quirúrgico y así se hizo en esta paciente, por lo que el retraso en la indicación quirúrgica está justificado hasta comprobar el fracaso del tratamiento conservador.

(...)

En cuanto al posible "error diagnóstico": Esta patología (tendinitis de D´Quervain) es muy habitual en trabajadores manuales. El diagnóstico inicial fue correcto y el tratamiento conservador indicado también. Es frecuente que al ver la evolución negativa de los pacientes se investigue y se insista en buscar otros diagnósticos que justifiquen la mala evolución. En este caso, se le sumó el diagnóstico de lesión de la rama sensitiva del nervio radial al diagnóstico inicial de la tendinitis, hecho que no hubiera cambiado el proceder terapéutico indicado hasta ese momento, ya que de igual manera se debería haber tratado de manera conservadora».

2. Así pues, habida cuenta de que, por una parte, la reclamante no ha aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y de que, por otra parte, a tenor del contenido de los diversos informes que obran en el expediente lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) se entiende que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.