Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 3 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de marzo de 2026.

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. 12/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se dicen producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (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 (LPACAP), porque la interesada reclama en concepto de indemnización 345.000,00 euros. Está legitimada para solicitarlo la señora Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, según el art. 12.3 LCCC.

3. Para el análisis de la Propuesta de Resolución formulada son de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

4. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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 delegó en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

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

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP). En este caso, se presentó la reclamación el día 30 de diciembre de 2020 en relación con un hecho lesivo acaecido el día 9 de mayo de 2016, habiéndose tramitado en relación con el mismo un proceso penal que finalizó con Auto de sobreseimiento dictado el 30 de marzo de 2021 y notificado a la interesada al día siguiente, actuaciones judiciales que suspendieron, mientras se sustanciaban, el inicio del plazo de prescripción del derecho a reclamar de la interesada.

Así mismo, si bien en un primer momento la Administración inadmitió la reclamación por considerarla prescrita, el día 18 de marzo de 2021, mientras se tramitaban las diligencias previas referidas en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción, núm. 1 de San Sebastián de La Gomera, se dictó la Resolución 1354/2021, del Director General del SCS, estimando el recurso de reposición interpuesto por la representante de la interesada y admitiendo a trámite su reclamación, en la que se señaló que:

«En este caso, teniendo conocimiento de la incoación del procedimiento de Diligencias Previas n.º 181/2021, iniciadas en abril de 2017, el plazo de prescripción no empezará a computarse hasta el día en que sea notificado a la interesada la resolución que finalice el procedimiento penal y dado que la determinación de los hechos que se dilucidarán en la vía penal se considera necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial, procede la suspensión del presente procedimiento administrativo hasta que recaiga resolución firme en

la jurisdicción penal, que será comunicada a este órgano instructor en el plazo de tres meses desde la fecha de su notificación a la interesada , advirtiendo que, transcurrido este plazo sin la aportación de la mencionada resolución, se producirá la caducidad del procedimiento y el archivo de las actuaciones, en virtud de lo establecido en el art. 95 de la LPACAP».

8. Se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin que conste ninguna justificación de la demora; sin embargo, aun expirado el plazo y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, para la Administración pesa el deber de resolver expresamente y subsiste la facultad de hacerlo (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación se narra y alega lo siguiente:

«PRIMERO.- (...), desde el 03/10/2017, tiene reconocida por la Seguridad Social una INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL, ya que presenta incapacidad funcional y dolor por lesión en la rodilla derecha. Asimismo ha tenido que ser intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones, ha tenido que recibir sesiones de fisioterapia, ha estado en la unidad del dolor, y padece secuelas, sufriendo dolores continuos, todo ello según se expone a continuación.

Se aporta el reconocimiento de la situación de incapacidad permanente total y la revisión en la que no hubo variación, como DOC I.

Que todo ello se produce a consecuencia de la lesión que se le ocasiona a raíz de una infiltración realizada el 09/05/2016, tal como se expone en el hecho segundo y siguientes.

SEGUNDO.- El 09/05 2016, (...), acudió a la consulta de traumatología del Hospital de La Gomera, donde fue atendida por el doctor, (...), quien prestaba sus servicios profesionales en el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe de San Sebastián de La Gomera.

La razón por la que acudió a consulta es por un padecimiento en la rodilla derecha, una condropatía rotuliana grado I y lesión grado I-II/ (desgarro intrasustancial) en cuerno posterior menisco interno. En la consulta, el doctor (...) valoró los resultados de la resonancia magnética realizada en la rodilla afectada, tras lo cual practicó a (...), una infiltración de DUOROLANE en la rodilla. El doctor procedió a practicar la infiltración sin informar a la paciente de cuál es el alcance de esa técnica ni tampoco le advirtió de los posibles riesgos que conlleva. Dicha intervención que se supone que es «invasiva» fue realizada sin firmar 0ÑA. (...) el correspondiente consentimiento informado, acerca de los riesgos que la misma conllevaba. (...) no fue informada en ningún momento de los posibles riesgos de la intervención.

DOC 1

Durante la infiltración, (...) manifestó reiteradamente que sentía mucho dolor, llegando incluso a gritar, pero el doctor (...), no actuó con la debida prudencia clínica y desoyó las quejas de la paciente, alegando que resultaba completamente imposible que sintiera dolor, ya que la infiltración se trata de una intervención realizada con anestesia.

El doctor (...), además de obviar las normas generales de las infiltraciones, que indican que resulta recomendable durante las infiltraciones preguntar al paciente si siente parestesias o dolores lancinantes para evitar lesionarlo, obvió las quejas de dolor de (...), que eran un claro indicativo de que algo no iba bien.

Al finalizar la infiltración, el doctor (...) no pautó ninguna medicación a (...), ni siquiera le prescribió reposo, ni le desaconsejó que viajara esa misma tarde a Tenerife para acudir a una cita médica, únicamente se le indicó que debería volver a la consulta para revisión, a los 6 meses.

Se aporta como DOC 2 la historia clínica de dicho día de (...), en la que consta la falta de información por escrito y verbal acerca de los riesgos de dicha intervención.

En la tarde del 09/05/2016, el mismo día que se llevó a cabo la infiltración, (...) no pudo soportar el dolor que padecía en la rodilla infiltrada y acudió al servicio de urgencias del Hospital de La Candelaria. El personal que la atendió quedó asombrado por el mal estado que presentaba la rodilla tras la infiltración, llegando a preguntarle, literalmente :

«-¿Quién fue el animal que te hizo esto?».

A partir del 09.05.2016, (...), quedó con la pierna inmovilizada y comenzó un periplo de citas/consultas/pruebas médicas y cirugías, como consecuencia directa de dicha infiltración y que venimos a resumir cronológicamente a continuación:

El día 10.05.2016 Acude al Servicio de Urgencias del Hospital La Candelaria, siendo diagnosticada de Gonalgia. TRATAMIENTO: Fármacos e Inmovilización.

10.05.2016: Gabinete Ortopédico Tinerfeño: Ort. M.Inf. inmovilizara de Rodilla 85,20 €.

17.06.2017: ORTOPRÓTESIS: Se concede ayuda de ortoprótesis y se le abonan 49 € de los 85,20 abonados por ella.

11.05.2015: Se deriva a traumatología para seguimiento por "gonalgia". Le pautan tratamiento de 9 tipos de pastillas 13.05.2016: Paciente consulta por dolor intenso a nivel de rodilla derecha tras infiltración el pasado 09.05.2016. Porta férula de extensión.

EF: Se aprecia punto de entrada de punción en borde lateral de tendón rotuliano.

Dolor intenso a la palpación de tendón con incapacidad para la extensión completa.

Se solicita ecografía urgente para descartar lesión de tendón rotuliano. Se mantiene el tratamiento pautado.

18.05.16 ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS

21.05.16: Se practica ecografía del compartimento anterior de la rodilla derecha en extensión y flexión pasiva (la paciente es incapaz de flexionar), identificando integridad del tendón rotuliano, de espesor normal, llamando la atención de presencia de colección líquida infrarrotuliana (13x4 mm) lateral, con aumento de ecogenicidad de la grasa adyacente, que produce discreto abombamiento del tendón a nivel de su inserción proximal, así como leve aumento de su ecogenicidad compatible con leves cambios inflamatorios. Leve edema subcutáneo en región infrarrotuliana. Leve cantidad de líquido laminar en bursa suprarrotuliana.

Se deriva a rehabilitación.

22.06.2016: Informe Clínico de Urgencias HNSG: Acude por gonalgia intensa incapacitante desde ejercicio en rehabilitación por la rodilla que tiene con dolor que le empeoró tras infiltración el 9-5.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Ligera tumefacción y dolor intenso a la palpación en tercio distal del cuádriceps externo, algo de endurecimiento a la palpación.

TRATAMIENTO: FÁRMACOS DIAGNÓSTICO: GONALGIA D

Se recomienda seguimiento por médico de Atención Primaria.

22.06.16: Consulta a (...): Abona la consulta 120 €. 27.06.16: RHB: RESUMEN EVOLUTIVO: Le molesta la zona externa de la rótula, imposibilidad de flexionar la misma. PLAN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO: Mañana llamar para ver si ecografía para llevar a Tf.

30.06.16: SERVICIO DE RADIOLOGÍA: RM DE RODILLA

30.06.16 CONSULTA HUNSC: Acude por 2i! opinión: En mayo infiltración con duorolane que ocasionó dolor en zona infrapalelar que limita bloqueando antialgica extensión. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA: Tendinitis de rotuliano hoffitis.

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA: Tendinitis de rotuliano hoffitis. 30.06.2016 INFORME CECOTEM:

Paciente que acude por dolor en rodilla derecha. Infiltración el 9 mayo en rodilla der.

Posteriormente sufrió reacción inflamatoria severa incapacitándola para mover la rodilla.

Eco y RMN de Rodilla: Condropatía Rotulian. No afectación tendinosa.

Exploración: Actualmente dolor importante en rodilla con incapacidad para la flexión.

Atrofia severa de musculatura de la pierna.

DIAGNÓSTICO: Rigidez Postinmovilización.

PLAN: Se recomienda recuperar musculatura, forzar movilidad de la rodilla con tto. rehabilitador y si no evolución favorablemente car más movilización bajo anestesia.

01.07.16: REHABILITACIÓN: Mañana cita con trauma aquí y mantendrá segunda opinión.

07.07.16 RM RODILLA DERECHA H.: Se realiza control evolutivo de la rodilla derecha donde se observa la presencia de un quiste poplíteo pastero-interno con poco contenido. Llama la atención las imágenes a nivel de la región anterior de la articulación de la rodilla de pequeñas vacuolas en la grasa de Hoffa que podría ser proceso inflamatorio o el proceso postinfiltración. Igualmente se aprecia entre el cartílago rotuliano y las estructuras óseas de la rótula imagen de disección del cartílago a valorar con la clínica y su evolución. Presencia líquida a nivel de la bolsa suprapatelar por sinovitis articular. En cuanto a los meniscos no se observan imágenes significativas aunque en el menisco interno a nivel del cuerpo cuerno posterior existe una imagen de alta señal que cruza la superficie articular inferior pero que habría que valorar alteración degenerativa o la presencia de un pequeño desgarro. El ligamento lateral interno muestra cambios en su señal a su alrededor valorar distensión.

30.08.16 HNSC: RESUMEN EVOLUTIVO: Acude por 2ª opinión. En mayo infiltración con duorolane que ocasionó dolor en zona infrapalelar que limita bloqueando antialgica extensión. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA: tendinitis de rotuliano hoffitis. OTROS DIAGNÓSTICOS DE SOSPECHA: Meniscopatía medial condritis desección de cartílago rotuliano. PLAN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO: RF urgente.

15.09.16: REHABILITACIÓN:

RESUMEN EVOLUTIVO: Paciente remitida por Dr. (...). La paciente acudió a traumatología particular dado su no mejoría del problema en su rodilla, le pidió rmn urgente y RMN disección del cartílago rotuliano, proceso inflamatorio local en grasa de Hoffa, valorar distensión de 111, valora alteración degenerativa o pequeño desgarro a nivel del cuerno posterior del menisco interno. Rodilla en extensión, no se puede flexionar nada. Atrofia muscular, dolor en zona externa de rodilla, imposibilidad de flexionar. Lleva dos muletas y rodilla completamente en extensión

PLAN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO: Electroestimulación de cuádriceps, movilización de rodilla a-a bajo. Mo en región Tensen la misma.

29.09.16 ECOGRAFÍA PARTES BLANDAS: Integridad del tendón rotuliano de espesor normal. Desaparición de la colección líquida infrarrotuliana descrita en control previo. Persistencia de discreta cantidad de líquido laminar en bursa suprarrotuliana.

30.09.2016: Compra 1 Par de Muletas por 30 € y 2 Contera Essenium 24 €. Total 54 €.

02.11.16: Acude por 2ª opinión: Diagnóstico de sospecha: Disección del cartílago rotuliano de la rodilla dcha. PLAN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO: CAR dcha entrego CI. COMENTARIOS A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: RM: Disección del cartílago rotuliano de la rodilla dcha. Degeneración del CPMI. Hoffitis

10.10.16: HNSG: PRUEBA SOLICITADA: RODILLA AP Y LAT CANMAGRAFÍA ÓSEA SOLICITADA AL CHUNSC 02.11.16 GAMMAGRAFÍA ARTICULAR:

04.11.16: RHB: La gammagrafía ósea realizada en proyecciones anterior y posterior sobre cuerpo completo, así como localizadas tras la administración de 739 MBq de 99mTC-HMDP y posterior estudio SPECT-CT de rodillas para la correcta localización de las alteraciones muestra: Fase vascular: Discreto aumento de la captación del radiotrazador en rodilla derecha (tercio

30.11.16: RHB: No es capaz de doblarla aún, rodilla en extensión dolor en zona anterior de rodilla. PLAN DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO: seguir tratamiento. Verla en un mes.

30.11.16: RHB: Paciente remitida a rehabilitación por presentar dolor mas imposibilidad de flexión de rodilla derecha. La paciente refiere que tras recibir infiltración de rodilla derecha presentó dolor brusco en la misma con posterior dificultad para movilizarla lo cual obliga a uso de muletas. Se incluyó en tratamiento rehabilitador no tolerando la movilidad de la rodilla, posteriormente se interrumpe dicho tratamiento. Valorada por traumatólogo en la Candelaria solicitó RMN (ver informe) y recomendó nuevamente rehabilitación. En la actualidad se encuentra acudiendo a la misma con escasos resultados, persistiendo imposibilidad de flexión de la rodilla y dolor en la misma. Ha sido vista nuevamente en HNSC donde se han recomendado CAR. INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA.

09.01.17 RHB: No Le han llamado. Tiene pinzamiento lumbar. Se le tira el dolor a la pierna izquierda, tiene historia de hernia discal lumbar. Rodilla totalmente en extensión. Dolor lumbar irradiado a pierna izquierda. PLAN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO seguir con rehabilitación.

30.01.17: RHB: No ha venido porque no encuentra mejoría. Está pendiente de operar, va a ir a atención al paciente una vez más. Rodilla en extensión. Dolor a movilizar la misma e imposibilidad

17.04.17 CONSULTAS EXTERNAS RHB:

11.05.17: RHB: Pendiente de intervenir, le han dicho que estaba pendiente de preanestesia.

01.06.17: ANALÍTICA.

09.06.17: CONSULTAS EXTERNAS ANESTESIA Y REANIMACIÓN

15.06.17: RHB: Ya hecha la preanestesia, esperando rodilla. Le molesta la ingle cda vez mas. Dolor en rodilla y extensión. Pierna completamente rotada hacia fuera, llega esa actitud.

10.07.17: RHB: Rodilla igual. Dolor a la palpación y a la movilización. Actitud en rotación de la pierna.

27.07.17: COMPRA CHATO DE ORINA. ELEVADOR WC sin tapa 63,00 €

19.07.17 INGRESO EN HUNSC: MOTIVO DEL INGRESO: GONALGIA Y ARTROFIBROSIS DERECHA - PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

20.07.17: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

Hallazgos: Artrofibrosis. Luxación lateral de rótula. Ulcera condral patelar.

Descripción Técnica Quirúrgica: Artrolisis abierta. Mosaicoplastia de 6mm en ulcera condral de rotula. Medialización y elevación de TTA mediante 3 tornillos de 4,5 de MBA.

Tratamiento: Fármacos, Curas de zona y retirar suturas.

28.07.17: HUNSC: EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: La evolución clínica postoperatoria fue satisfactoria, presentando cura herida correcta. La paciente presenta una atrofia severa de cuádriceps, especialmente vasto medial, por lo que presenta limitación para la deambulación. Seguimiento en consultas externas.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Artrofibrosis. Luxación lateral de rótula. Ulcera condral patelar rodilla derecha.

06.09.17: CONSULTA PREVIA HUNSC PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE MOVILIZACIÓN RODILLA BAJO ANESTESIA.

20.09.17: HUNSC: SE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: MOVILIZACIÓN RODILLA BAJO ANESTESIA. CON DESPLAZAMIENTO EN AMBULANCIA PORQUE NO PUEDE DEAMBULAR 02.08.17: COMPRA ORTOPEDIA ASIENTO GIRATORIO BAÑO ACINOX AS. 100,22 €.

11.10.17: SE LA DECLARA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

22.12.17 se diagnostica un episodio reactivo a su situación sanitaria sociolaboral. En enero de 2018 finaliza rehabilitación por máxima mejoría alcanzable en su estado (pendiente de cirugía). El 26 de junio el EVO le reconoce una discapacidad de 55% (45 % por limitación funcional de la rodilla, paresia y trastorno adaptativo+ 10 por factores sociales), con 2 puntos en el baremo de movilidad.

15.02.19: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: ARTROLISIS ABIERTA

Férula de yeso en flexión de 90.

PLAN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO: Parece estar estabilizada su evolución clínica dejo unas sesiones por si mejora. 35 sesiones.

07.03.19: TRATAMIENTO FISIOTERAPIA HASTA EL 11.11.19 HUNSC

10.04.19:

20.05.19: Refiere estar mejor. Faltan 45º extensión completa activa

18.06.19: Refiere estar algo mejor (20 sesiones}

12.07.19: REH: HUNSC:

19.08.19: Tratamiento pautado Receta. 03.09.19: Refiere mejoría

18.09.19: TRAUMATOLOGÍA: No dolor En Rf Refiere franca mejoría en último mes.

Insistir Rf Ver alta de Rf

08.11.19: INFORME PSIQUIATRA

11.11.19: REH: Alta continuar ejercicios en casa 04.12.19: Máxima mejoría alcanzable.

PSIQUIATRÍA:

22.12.17: Paciente que desde mayo presenta incapacidad funcional y dolor por lesión en rodilla derecha, fue intervenida ella lo relaciona con infiltración realizada por artrosis. Progresivamente se ha instaurado cuadro depresivo con tristeza apatía, irritabilidad y nerviosismo.

DOC 1

PLAN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO: Fármacos

CUARTO.- Relación causa-efecto : Existe una indudable relación causa efecto entre la intervención realizada el 09.05.2016 por parte del Doctor (...) en el Hospital Nuestra Sra. De Guadalupe en San Sebastián de La Gomera, en concreto la Infiltración de Duorolane en Rodilla Derecha y los padecimientos que ha sufrido (...) Dicha intervención fue realizada sin proceder a informarle ni del alcance o procedimiento de la técnica a realizar ni de los posibles riesgos que pudiera conllevar, en contra de lo establecido en la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, estableciendo en el art. 2.2 que « Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.»

El art. 4.1. del mismo cuerpo legal establece que (...) La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaliza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

El art. 8 establece : Consentimiento informado :

1.- Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información previsto en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2.- El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes : intervención quirúrgico, 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.

Por tanto, siendo la Infiltración un procedimiento terapéutico invasor, el consentimiento debiera haber sido informado por escrito, según dicho art. 8.2, lo que le fue negado a la paciente. Para más abundamiento, ni siquiera fue el consentimiento informado de forma verbal, estableciendo el art. 4 que de la información proporcionada con carácter verbal, se debe dejar constancia en la historia clínica ; lo que fue obviado por el Dr. (...) Pero es que dicho Doctor, ni siquiera informó acerca de guardar reposo o cualquier cuidado que debiese procurar.

QUINTO.- (...), tras la lesión de la rodilla derecha, tiene que convivir día a día con el dolor físico, además es una mujer joven que ha visto muy limitada su movilidad, tiene pocas perspectivas de mejoría y no puede desempeñar su trabajo, por lo que todos estos factores han desembocado en un trastorno adaptativo mixto (ansioso- depresivo), minando, más si cabe, su precario estado de salud.

SEXTO.- Por ello y de conformidad con lo establecido en el baremo aplicable a los hechos acaecidos, solicitó se indemnice a (...) con la cantidad de 345.000,00 € por todos los conceptos : Lesiones Temporales, Secuelas, Perjuicio Estético, Perjuicio Personal Particular (Daños morales complementarios por perjuicio estético y perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, así como por el Lucro Cesante de la Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual)».

2. También en relación con los hechos, en el informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS el día 18 de noviembre de 2025, se manifiesta lo siguiente:

«RELACIÓN DE LOS HECHOS

El presente informe tiene como objetivo contextualizar la relación de los hechos alegados con la asistencia sanitaria recibida por (...), provista de DNI (...), a fin de valorar la corrección, suficiencia y adecuación de las actuaciones médicas desarrolladas durante el proceso asistencial objeto de reclamación.

Antecedentes personales:

• Condropatía rotuliana derecha (grado II–III) 2016.

• Gonalgia crónica en seguimiento desde 2015.

• Alergia al diclofenaco, plátano, pseudoefedrina, alcohol, pimiento y Queso.

1.- Con fecha 4 de enero de 2016, se practicó una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de rodilla derecha, que informó: "Condropatía rotuliana grado II–III. Lesión intrasustancial

del cartílago de la faceta rotuliana medial y del cóndilo femoral interno." El hallazgo confirmaba una degeneración condral crónica de la articulación femoropatelar, en consonancia con la sintomatología de gonalgia que la paciente venía presentando desde 2015, motivo por el cual se encontraba en tratamiento fisioterapéutico en Atención Primaria.

2.- Con fecha 9 de mayo de 2016, la paciente acudió a consulta externa del Servicio de Traumatología del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (La Gomera), donde fue valorada por el Especialista en COT. En la historia clínica se consigna: "Paciente refiere dolor en rodilla derecha. RNM 4-1-2016: rodilla derecha, condropatía rotuliana grado II-III. Lesión grado II-III intrasustancial del CPMI. Pongo Durolane en rodilla derecha. Volver en 6 meses."

Durante la misma consulta se efectuó la infiltración intraarticular de ácido hialurónico (Durolane ®), técnica indicada para el manejo conservador de condropatía rotuliana de grado moderado. No se documentaron incidencias ni complicaciones locales inmediatas, ni signos de infección, reacción adversa o síndrome inflamatorio pos-infiltración.

3.- Con fecha 10 de mayo de 2016, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) por dolor en rodilla derecha de 24 horas de evolución, posterior a la infiltración realizada el día anterior en el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe.

En el parte de Urgencias se consigna: "Gonalgia derecha tras infiltración de ácido hialurónico. No fiebre. No signos de celulitis ni derrame evidente. Dolor mecánico a la palpación rotuliana."

En la exploración física se objetivó rodilla sin tumefacción, sin calor local ni eritema, con movilidad conservada aunque dolorosa en flexión forzada, sin crepitación ni signos inflamatorios agudos. Se estableció el diagnóstico de gonalgia mecánica en contexto postinfiltración sin criterios infecciosos, indicándose tratamiento sintomático con analgesia oral, reposo relativo y control en Atención Primaria.

No se consideró necesario drenaje articular ni antibioterapia. Este episodio constituye la única asistencia hospitalaria inmediata posterior al procedimiento, confirmando que no se produjo reacción adversa ni complicación infecciosa tras la infiltración y que la evolución fue coherente con una respuesta inflamatoria local leve autolimitada, descrita en la literatura como sinovitis postinfiltración transitoria.

4.- El 18 de mayo de 2016, se realizó ecografía de partes blandas, donde se evidenció inflamación leve y tendinopatía rotuliana, por lo que se indicó fisioterapia y rehabilitación.

No se documentó derrame articular ni proceso séptico. Con fecha 30 de junio de 2016, se formuló diagnóstico de sospecha de tendinitis rotuliana Hoffitis y se mantuvo el manejo conservador.

5.- Con fecha 21 de mayo de 2016, la paciente acudió nuevamente a consulta de Traumatología del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (La Gomera), para control evolutivo tras la infiltración articular efectuada el 9 de mayo. En la historia clínica se consigna:

"Mejor clínicamente. Sigue con cierta limitación. Flexión hasta 90º con dolor en tendón rotuliano a la extensión activa. Presenta contractura en isquiotibiales por sobreuso. Recomiendo ejercicios en piscina para ganar rango de movilidad."

En esta revisión se constató una mejoría funcional parcial, sin signos inflamatorios agudos ni datos de complicación infecciosa, recomendándose ejercicios de movilidad acuática y continuidad del tratamiento rehabilitador.

6.- Con fecha 27 de junio de 2016, la paciente fue derivada al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) desde el Hospital de La Gomera para una segunda valoración traumatológica por persistencia de dolor, consignándose en la derivación: "Segunda opinión por gonalgia derecha persistente." No se describen complicaciones derivadas de la infiltración ni evidencia de proceso infeccioso.

Durante la evaluación realizada en el HUNSC, se revisaron las imágenes previas y se confirmó el diagnóstico de condropatía rotuliana degenerativa, recomendándose la continuidad del tratamiento conservador mediante fisioterapia y control analgésico.

7.- Con fecha 2 de julio de 2016, la paciente fue reevaluada en el mismo Servicio de Traumatología del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, donde se documenta:

"Paciente presenta empeoramiento clínico con tumefacción y dolor; se palpa colección a nivel lateral que parece haber aumentado. Solicito ecografía control; si existe colección, dado el tiempo de evolución y la clínica actual, se debería plantear incisión y drenaje." La exploración objetivó tumefacción y dolor local, sin signos sistémicos de infección (fiebre o supuración). Se solicitó ecografía de control para descartar colección líquida significativa. No consta que se realizara drenaje ni que se confirmara absceso, lo que indica resolución mediante tratamiento conservador.

8.- Con fecha 22 de agosto de 2016, la paciente acudió a consulta de Traumatología en el Hospital (...) (Arona) para una valoración privada por persistencia de dolor en la rodilla derecha. En el informe clínico se hace constar: "Dolor persistente en rodilla derecha, antecedente de infiltración con ácido hialurónico hace tres meses. Se mantiene condropatía rotuliana grado II–III. Se indica tratamiento fisioterapéutico y control evolutivo." Durante la exploración no se describen signos inflamatorios, ni derrame articular, ni aumento de temperatura local.

Se recomendó mantener la fisioterapia, control del peso y analgesia según necesidad, descartándose cualquier complicación derivada de la infiltración realizada previamente en el hospital público.

9.- Entre los meses de julio y noviembre de 2016, la paciente fue controlada en Atención Primaria, donde se registran anotaciones sucesivas:

• "Dolor mecánico intermitente en rodilla derecha. No signos de derrame ni inflamación local. Continúa fisioterapia." (consulta del 12/09/2016).

• "Mantiene molestias con esfuerzos prolongados. Se recomienda continuar con rehabilitación." (consulta del 14/11/2016).

10.- Con fecha 30 de agosto de 2016, la paciente acudió a consulta sucesiva del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) para segunda opinión especializada. En el parte clínico se consigna: "Dolor en zona infrapatelar que limita extensión. En mayo infiltración con Durolane que ocasionó dolor en zona infrapatelar que limita bloqueando extensión."

En la exploración se constató limitación de la extensión activa, rigidez funcional y dolor mecánico anterior. El diagnóstico de sospecha fue tendinitis de rotuliano y condromalacia femoropatelar, con hallazgos radiológicos compatibles con meniscopatía medial condral degenerativa.

Se pautó tratamiento conservador con rehabilitación funcional y control evolutivo, siendo incluida en seguimiento en consultas externas del servicio.

11.- Con fecha 2 de noviembre de 2016, fue nuevamente valorada en el Servicio de Traumatología del HUNSC. El informe clínico indica: "Paciente en rehabilitación por rigidez, persiste gonalgia en rodilla bloqueada en extensión de 6 meses de evolución. Gran dolor al intentar flexionar. Diagnóstico de sospecha: disección del cartílago rotuliano de rodilla derecha."

Se confirmó mediante resonancia magnética (RM) la degeneración del cartílago rotuliano y cóndilo femoral interno (CPMI), con diagnóstico de condromalacia rotuliana grado III. Ante la persistencia de limitación de la flexión y dolor mecánico intenso, se decidió mantener manejo conservador y revaluar tras ciclo de fisioterapia y control con imágenes.

12.- Con fecha 13 de febrero de 2017, la paciente acudió a consulta de Medicina de Familia en el Centro de Salud de San Sebastián, donde se consigna: "Persisten molestias en rodilla derecha. Continúa con fisioterapia. Sin cambios clínicos relevantes." Por lo que se mantuvo la indicación de fisioterapia.

13.- Posteriormente el 23 de mayo de 2017, se anota: "Dolor en rodilla derecha tras sobreesfuerzo. No tumefacción. Se aconseja analgesia y aplicación de hielo local." Ambas revisiones muestran persistencia del dolor de tipo mecánico sin signos de inflamación aguda ni alteraciones infecciosas. Se mantuvo el tratamiento conservador con fisioterapia y analgesia ocasional, en un contexto de condropatía crónica postquirúrgica.

14.- Con fecha 13 de julio de 2017, se consigna nueva revisión en el Servicio de Traumatología del HUNSC, en la que se documenta: "Paciente afecta de gonalgia con rodilla bloqueada en extensión de 6 meses de evolución. Gran dolor al intentar flexionar. En RM: disección del cartílago rotuliano de rodilla derecha."

En esta valoración se concluyó que el cuadro era refractario al tratamiento rehabilitador y que existía una lesión condral avanzada con disfunción rotuliana significativa, por lo que se propuso intervención quirúrgica correctora, consistente en tibial tuberosity transfer anterior (TTTA) y mosaicoplastia rotuliana.

La paciente fue incluida en lista de espera quirúrgica, programándose la intervención en julio de 2017 y firma de consentimiento informado,

15.- Con fecha 21 de julio de 2017, la paciente ingresó de forma programada en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), procedente del área de Traumatología del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (La Gomera), donde venía en seguimiento por condropatía rotuliana de evolución prolongada y limitación funcional progresiva.

El diagnóstico preoperatorio fue rigidez de rodilla derecha y condropatía rotuliana avanzada, indicándose tibial tuberosity transfer anterior (TTTA) y mosaicoplastia rotuliana.

El parte quirúrgico describe los hallazgos intraoperatorios: "Artrofibrosis. Luxación lateral de rótula. Úlcera condral patelar. Artrolisis abierta. Mosaicoplastia de 6 mm en úlcera condral de rótula. Medialización y elevación de la TTA mediante tres tornillos de 4,5 mm de MBA."

La cirugía fue catalogada como limpia-contaminada, sin incidencias anestésicas ni quirúrgicas, colocándose drenaje y realizándose cierre por planos. El objetivo del procedimiento fue restablecer la congruencia patelofemoral y reparar el defecto condral rotuliano, dentro del tratamiento reconstructivo de la condropatía femoropatelar.

El postoperatorio inmediato se desarrolló sin complicaciones infecciosas ni tromboembólicas, y la paciente fue dada de alta hospitalaria con indicación de inmovilización temporal, fisioterapia progresiva y control en consultas externas.

16.- Con fecha 20 de septiembre de 2017, la paciente fue nuevamente intervenida en el HUNSC mediante movilización articular bajo anestesia (manipulación cerrada), debido a la persistencia de rigidez de rodilla y limitación de la flexión articular tras la cirugía reconstructiva.

El procedimiento se realizó en quirófano bajo anestesia regional, sin complicaciones ni sangrado significativo, con recuperación parcial del rango articular.

Este episodio corresponde a la primera evidencia documentada de artrofibrosis postoperatoria, una complicación bien descrita en la literatura ortopédica tras procedimientos reconstructivos de rodilla (Schenker et al., J Bone Joint Surg Am, 2008).

17.- Durante los meses siguientes, la paciente mantuvo seguimiento en el Centro de Salud de San Sebastián (La Gomera) y en el área de Rehabilitación ambulatoria, donde se registran controles periódicos.

18.- Con fecha 15 de febrero de 2018, la paciente acudió nuevamente a consulta médica en el Centro de Salud de San Sebastián, donde se consigna: "Gonalgia derecha de larga evolución. Se mantiene con fisioterapia. Sin signos inflamatorios. Solicita nueva valoración traumatológica."

La exploración evidenció movilidad limitada, sin derrame ni calor local, por lo que se tramitó nueva interconsulta con el Servicio de Traumatología del HUNSC.

19.- El 5 de abril de 2018, fue valorada en consulta de Rehabilitación del Área de Salud de La Gomera, donde se recoge: "Dolor en rodilla derecha, más intenso al subir escaleras. No tumefacción ni calor local. Se prescribe analgésico y se mantiene tratamiento rehabilitador." La exploración mostraba movilidad conservada, dolor con flexión forzada y persistencia de gonalgia mecánica. Se reforzaron los ejercicios de fortalecimiento muscular del cuádriceps y control postural.

20.- Con fecha 7 de junio de 2018, en consulta de seguimiento de Atención Primaria, se registra: "Persisten molestias en rodilla. Dolor mecánico leve-moderado. Continúa seguimiento por fisioterapia y traumatología."

El cuadro permanecía clínicamente estable, con movilidad funcional y sin signos inflamatorios.

Durante este periodo, la paciente realizó dos ciclos de fisioterapia en el área de Rehabilitación, documentándose mejora parcial de la movilidad articular, persistiendo dolor al final de la flexión.

21.- Con fecha 19 de octubre de 2018, en consulta médica de Atención Primaria, figura la anotación: "Gonalgia crónica. Dolor con actividad. Sin signos inflamatorios. Se aconseja reforzar musculatura del cuádriceps y control del peso." El seguimiento durante 2018 evidenció la persistencia de rigidez articular y limitación de la flexión, compatibles con la progresión de una artrofibrosis secundaria a la cirugía de 2017.

22.- Con fecha 15 de febrero de 2019, la paciente ingresó de forma programada en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, con diagnóstico de artrofibrosis severa y rigidez de rodilla derecha. Se practicó una artrolisis abierta bajo anestesia general, cuyo informe quirúrgico describe: "Bridas entre patela y

fémur, fibrosis y acortamiento del tendón rotuliano, biopsia de bridas y músculo, despegamiento de cuádriceps atrófico y adherido al fémur."

La cirugía se desarrolló sin incidencias, clasificándose como limpia-contaminada, colocándose drenaje tipo Rey férula en flexión de 90°. El curso postoperatorio fue estable, con buen control analgésico y evolución favorable de la herida quirúrgica.

23.- Con fecha 22 de febrero de 2019, se consigna: "Herida quirúrgica con buen aspecto. Se insiste en ejercicios. RX control OK." La paciente fue dada de alta hospitalaria el 23 de febrero de 2019, con indicación de rehabilitación ambulatoria intensiva y control en consultas externas de Traumatología.

24.- Con fecha 1 de junio de 2019, se emitió el informe por parte del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria de la biopsia sinovial de rodilla derecha, con el siguiente resultado histológico: "Hiperplasia sinovial focal con fibrosis y mínima inflamación crónica. No se observa malignidad."

El hallazgo confirmó una sinovitis crónica de tipo degenerativo, característica de la artrosis y sin signos de necrosis ni infección. El informe no describe daño tisular compatible con lesión química o infiltrativa.

25.- En los meses posteriores, la paciente continuó bajo seguimiento en Rehabilitación y Atención Primaria. En la valoración del 18 de junio de 2019, se consigna que la evolución funcional parece estabilizarse, manteniendo movilidad parcial y disminución progresiva del dolor.

Con fecha 5 de agosto de 2019, la paciente fue derivada desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria al Servicio de Psicología Clínica de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera, para seguimiento por síntomas ansioso-depresivos en relación con la prolongación del proceso osteoarticular y las intervenciones quirúrgicas sucesivas.

En la valoración inicial se consignó: "Estado de ánimo bajo, ansiedad reactiva a limitaciones funcionales derivadas de proceso crónico de rodilla. Sin ideación autolítica. Buena adherencia al tratamiento médico".

Se estableció un plan terapéutico basado en psicoterapia de apoyo y técnicas de afrontamiento del dolor crónico, con revisiones periódicas hasta el 8 de noviembre de 2019, fecha en la que se documenta mejoría del estado afectivo y adaptación a las secuelas funcionales residuales.

26.- Con fecha 4 de diciembre de 2019, se registra que la paciente alcanzó la máxima mejoría funcional posible, persistiendo limitación residual de la flexión articular y dolor leve con sobrecarga, en un contexto de secuelas postartrofibrosis de rodilla derecha».

III

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

1. El expediente comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 30 de diciembre de 2021, como ya se dijo.

El día 10 de febrero de 2021, se dictó la Resolución n.º 798/2021 de la Dirección General del SCS por la que se inadmitió a trámite la reclamación de la interesada; contra la misma se presentó recurso de reposición, y el día 18 de marzo de 2021 se dictó la referida Resolución 1354/2021, del Director General del SCS, estimando el recurso y admitiendo a trámite la reclamación y, finalmente, el día 4 de mayo de 2021, se dictó la Resolución n.º 2245/2021 de la Dirección General del SCS por la que se alzó la suspensión de la tramitación del presente procedimiento, que había sido acordada a la espera de la conclusión del procedimiento penal.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP ya referido, los informes del Servicio de Traumatología del Hospital de La Gomera y el informe del médico forense, emitido con ocasión de las diligencias previas mencionadas con anterioridad.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, proponiéndose por la reclamante la práctica de dos declaraciones testificales, mediante el testimonio de dos compañeras de trabajo, practicándose adecuadamente.

Después, se otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, formulando esta sus alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, el día 15 de enero de 2026.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«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, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. Asimismo, en el caso que nos ocupa, le es aplicable lo dispuesto en el informe de AJD 2019/044 (ERP 6/18), que concluye: "cabe considerar procedente la desestimación de la reclamación formulada (…) no habiéndose aportado por el*

interesado prueba suficiente que pueda sostener las alegaciones por aquel presentadas, no ha dejado acreditado que sufriera daño alguno, ni que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la lex artis ad hoc o que hubiese habido mala praxis alguna. No ha quedado acreditado que el reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no mediando relación de causalidad entre el proceder médico de la Administración sanitaria y los padecimientos aducidos por aquel».

5. Los trámites descritos en los párrafos anteriores se han prolongado por espacio de cinco años, desde el día 30 de diciembre de 2020 -fecha de la reclamación- hasta el día 15 de enero de 2026. De este tiempo, solo unos pocos meses estuvo suspendido el expediente a la espera del resultado de las averiguaciones del juzgado de instrucción. El resto, incluyo largos períodos de aparente inactividad, algunos por espacio de más de dos años.

No se ofrece en el propio expediente ni hay en la Propuesta de Resolución justificación alguna de esta duración, a todas luces excesiva -entiende el Consejo- en relación con el propio contenido del expediente. Es por ello obligado hacerlo notar y advertir a la administración pública que el mandato de celeridad que la ley (art. 71 LPACAP) impone a la actuación administrativa debe ser cumplido, y que el consiguiente derecho de los interesados a la pronta tramitación y resolución de sus solicitudes ha de respetarse debidamente.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para atribuir responsabilidad patrimonial al SCS, por ser técnicamente correcta su actuación y la atención sanitaria prestada a la interesada y no ser, por ello, causa del daño que motiva la reclamación de la interesada.

2. Las reglas constitucionales, legales, jurisprudencias y doctrinales que rigen la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración pública son conocidas y han sido repetidamente aplicadas y expuestas en los pronunciamientos de este Consejo. Así, por ejemplo, en el Dictamen 265/2025, de 17 de junio, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP, lo siguiente:

«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 con 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".»

Y, en otras palabras, ha precisado además el mismo TS [Sentencia de 28 de marzo de 2007] que:

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

Es decir, entiende la jurisprudencia [STS 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».

En el mismo sentido, la STS 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».

Y añade:

«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».

La jurisprudencia y la doctrina transcritas son enteramente aplicables al presente supuesto, por las razones que se expondrán a continuación.

3. La interesada reclama porque considera que la infiltración que se le practicó en su rodilla derecha el día 9 de mayo de 2016, por el Dr. (...), de *duorolane*, se hizo de forma deficiente o incorrecta, causándole daños que dieron lugar a la tórpida evolución posterior de sus patologías de rodilla, que habían sido previas a tal actuación médica.

Sin embargo, la interesada no ha presentado ninguna prueba que permita demostrar médicamente que la infiltración de rodilla practicada el día de los hechos, efectuada con la finalidad de tratar las dolencias que ya padecía en su rodilla derecha y que venía sufriendo, al menos, desde el año 2015, se hubiera realizado de forma incorrecta, ni que fuera una técnica médica que fuera inadecuada para tratar tales lesiones, ni tampoco que tal infiltración tuviera influencia alguna en el desarrollo de la evolución posterior de sus lesiones. En sus escritos, inicial y posteriores, la reclamante sostiene que la infiltración referida no mejoró sino que empeoró los dolores y padecimientos de su rodilla, sino que estos empeoraron tras la intervención y que por ello -aplicando el conocido sofisma "*post hoc ergo propter*

hoc"- debe entenderse que lo posterior a cierto suceso es efecto del mismo suceso por su propia naturaleza, entendiendo que si un hecho ocurre tras otro, este debe tenerse por causa de aquel.

4. Por el contrario, en el expediente obran diversos informes médicos, incluido el del médico forense del órgano judicial penal en el que se tramitaron las diligencias previas de investigación, informante este ajeno por completo al SCS, y todos esos informes razonan y concluyen que no existe fundamento para afirmar que se haya actuado de modo disconforme con la *lex artis*; *y* que, concretamente, la infiltración de rodilla referida se realizó correctamente, estando indicada en dicho momento, y que dicha infiltración no tuvo influencia alguna en la mala evolución de las lesiones de la rodilla de la interesada, la cual debe atribuirse, por tanto, exclusivamente a las propias características de las diversas patologías que la reclamante sufría en su rodilla derecha.

4.1. En primer lugar puede citarse el informe -de 16 de febrero de 2024- del Servicio en que se practicó la infiltración, en el que se afirma que:

«Cumplimos con informarle que una vez revisada las anotaciones que aparecen en la Historia Clínica de la consulta externa del servicio de Traumatología a la que Ud. hace referencia perteneciente a (...) DNI (...), aparece una única evaluación realizada por el mencionado profesional Dr. (...) el día 09-may-2016 a las 11:12h. "Descripción: Paciente refiere dolor en la rodilla derecha. RNM: 4-1-2016: rod derecha: condropatía rotuliana grado 11. Lesión grado 11-111 intrasustancial del CPMI. Pongo Durolane en rod. Derecha. Volver en 6 meses".

Por medio de la presente informamos que la aplicación de Ac Hialurónico es un procedimiento habitual en nuestra práctica diaria y que normalmente informamos al paciente que tiene una lesión articular que ha de mejorar con la aplicación de dicho medicamento, se les explica con lenguaje sencillo para que el paciente lo entienda y normalmente los paciente aceptan voluntariamente a realizarse dicho procedimiento; en el pasado bastaba con el consentimiento verbal, actualmente es plasmado en la Historia clínica.

El Procedimiento se realiza bajo normas de asepsia y antisepsia adecuados, utilizando guantes estériles y se aplica el medicamento intrarticular con aguja 21 G, se cubre el sitio de punción con apósito estéril.

Siempre se les explica que deben de guardar reposo domiciliario por 3 días, aplicación de hielo local y se cita a posteriori para evaluar la evolución y aplicación de nueva dosis a los 6 meses».

4.2. En segundo lugar, en el informe del SIP, de 18 de noviembre de 2015, se señala que:

«1.- La paciente presentaba una condropatía rotuliana derecha grado II-III confirmada por RMN de 4 de enero de 2016, con "lesión intrasustancial del cartílago de la faceta rotuliana medial y del cóndilo femoral interno", en el contexto de gonalgia crónica en seguimiento desde 2015. Esta imagen ya demostraba una lesión condral estructurada, de carácter degenerativo y progresivo.

Las guías de la ESSKA (2019) y de la SEOT (2020) describen la condropatía rotuliana como una patología de curso lento, que puede evolucionar hacia artrosis femoropatelar y rigidez, incluso con tratamiento adecuado, y que en fases moderadas se maneja inicialmente con fisioterapia, analgesia e infiltración intraarticular.

2.- El acto médico realizado el 9 de mayo de 2016 consistió en una infiltración intraarticular de ácido hialurónico (Durolane®) en la rodilla derecha, efectuada en la consulta de Traumatología del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. La técnica estaba plenamente indicada para el grado de lesión condral diagnosticado, y se ajusta al manejo conservador recomendado por las guías de tratamiento de la artrosis femoropatelar y se realizó sin incidencias.

El informe médico forense emitido por el Instituto de Medicina Legal de Santa Cruz de Tenerife y el informe preceptivo del Servicio de Traumatología del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe coinciden en que la infiltración realizada el 9 de mayo de 2016 fue correctamente indicada y ejecutada conforme a las recomendaciones clínicas vigentes.

El informe forense detalla que "la conducta médica del facultativo que realizó la infiltración no estuvo en desajuste con la información clínica disponible en ese momento" y que "no se describen complicaciones frente al tratamiento efectuado", concluyendo que "la terapéutica inicial cumple las normas deontológicas y se rige bajo una buena práctica médica y medicina basada en la evidencia".

En el mismo sentido, el informe emitido por el Servicio de Traumatología confirma que el procedimiento se efectuó con técnica adecuada, utilizando las medidas de asepsia reglamentarias y sin que se produjeran incidencias inmediatas ni reacciones adversas.

No se documentaron signos clínicos de infección, hemartros, necrosis ni otros eventos postinfiltración.

En consecuencia, no se objetiva nexo entre la infiltración de 09/05/2016 y la evolución estructural posterior, que se explica por la historia natural condral y por complicaciones posquirúrgicas conocidas (artrofibrosis).

3.- En relación con las posibles complicaciones graves o inmediatas derivadas de las infiltraciones con ácido hialurónico. La literatura científica internacional describe que las

complicaciones graves tras infiltraciones intraarticulares de ácido hialurónico son infrecuentes (incidencia global < 0,02 %).

Entre las más relevantes se incluyen:

• Dolor leve moderado, que dura 24-48 horas tras la infiltración.

• Artritis séptica por contaminación en el punto de punción o manipulación inadecuada (0,003–0,01 %), caracterizada por fiebre, derrame purulento y elevación de reactantes de fase aguda.

• Reacción inflamatoria aguda o "pseudosepsis", de aparición en las primeras 24–72 h, con tumefacción, calor local y dolor intenso, generalmente autolimitada.

• Hemartros o sangrado intraarticular en pacientes anticoagulados o con punción traumática.

• Trombosis venosa profunda (TVP), excepcional, descrita en casos aislados en pacientes con inmovilización prolongada o factores de riesgo previos.

• Reacciones de hipersensibilidad o anafilactoides, extremadamente raras (< 0,001 %), vinculadas a productos de origen aviar o a contaminantes proteicos.

Estudios amplios como el metaanálisis de Bannuru et al. (Osteoarthritis & Cartilage, 2019) y revisiones sistemáticas de Campbell et al. (Drugs & Aging, 2015) y Zhou et al. (Clinical Rheumatology, 2018) confirman que el perfil de seguridad del ácido hialurónico es muy alto, siendo las complicaciones graves excepcionales y generalmente asociadas a defectos de técnica o condiciones predisponentes.

En la paciente analizada no se registraron ninguno de estos eventos confirmándose por ecografía: en donde no hubo fiebre, derrame articular, signos de infección, hemartros, reacción sistémica ni fenómenos trombóticos.

4.- En cuanto al reposo tras la infiltración, en la documentación clínica no consta la prescripción escrita de reposo absoluto, pero tampoco se recoge que se indicara actividad forzada ni que la paciente presentara complicaciones por este motivo. Las recomendaciones de práctica clínica para infiltraciones intraarticulares de ácido hialurónico establecen habitualmente reposo relativo 24–48 horas (evitar sobrecargas, no inmovilización estricta) y retomada progresiva de la actividad.

El hecho de que la paciente acudiera a urgencias el 10 de mayo y a controles posteriores sin hallazgos de sinovitis aguda, derrame importante ni datos de lesión traumática secundaria sugiere que no se produjo un evento lesivo atribuible a la ausencia de reposo estricto, sino la evolución esperable de una articulación previamente dañada.

5.- La evolución clínica inmediata tras la infiltración, consulta en urgencias del HUNSC el 10/05/2016, ecografía del 18/05/2016, diagnóstico posterior de tendinitis

rotuliana/hoffitis y gammagrafía del 2/11/2016 (realizada en ámbito privado) con "incremento de captación femorotibial compatible con cambios inflamatorios por condropatía. No patrón de SDRC", es coherente con un proceso condropático crónico con componente inflamatorio leve, pero sin síndrome doloroso regional complejo ni artritis séptica. Ninguna de estas pruebas objetiva complicaciones específicas de la infiltración.

6.- Ante la persistencia de dolor y limitación funcional tras el tratamiento conservador inicial, la paciente fue derivada oportunamente al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria para una segunda valoración traumatológica, en cumplimiento del circuito asistencial establecido entre Atención Primaria y el hospital de referencia. Esta derivación se realizó dentro de los plazos clínicamente razonables y con la información diagnóstica necesaria (RMN, ecografía y antecedentes terapéuticos), garantizando la continuidad asistencial y el acceso a una segunda opinión especializada.

La paciente dispuso de segunda opinión hospitalaria y acceso a cirugía sin demoras injustificadas, conforme a la prioridad clínica y a la pauta escalonada recomendada por las guías.

7.- A partir del segundo semestre de 2016 y durante 2017, los distintos traumatólogos del HUNSC describen un cuadro de "gonalgia con rodilla bloqueada en extensión de 6 meses de evolución", "gran dolor al intentar flexionar" y "disección del cartílago rotuliano", que conduce a la indicación y realización de una Tibial Tuberosity Transfer Anterior (en español, transferencia anterior de la tuberosidad tibial TTTA) con mosaicoplastia rotuliana (21/07/2017) y, posteriormente, una movilización articular bajo anestesia (20/09/2017).

Estos hallazgos: "artrofibrosis", "luxación lateral de rótula", "úlcera condral patelar" describen una progresión estructural de la condropatía y del mal alineamiento rotuliano, documentada por imagen y cirugía, que no puede atribuirse a una única infiltración previa, sino a la historia natural de una patología femoropatelar compleja y de larga evolución.

8.- La fibrosis y rigidez articular descritas tras la cirugía reconstructiva de 2017, con diagnóstico intraoperatorio de "artrofibrosis, luxación lateral de rótula y úlcera condral patelar". Constituyen una complicación conocida y documentada en la literatura traumatológica dentro del postoperatorio de las intervenciones de realineación rotuliana y mosaicoplastia.

Estudios como los de Schenker et al. (J Bone Joint Surg Am, 2008) y Cosgarea et al. (Clin Orthop Relat Res, 2010) señalan tasas de artrofibrosis postquirúrgica del 3 % al 10 %, especialmente en pacientes con antecedentes de condropatía avanzada, cirugías previas o periodos de inmovilización prolongada.

Estas secuelas; fibrosis sinovial, acortamiento tendinoso y adherencias periarticulares. Son consideradas riesgos inherentes a la técnica, incluso con ejecución correcta y medidas preventivas adecuadas.

En el caso analizado, los hallazgos histológicos posteriores (biopsia de 1 de junio de 2019: "hiperplasia sinovial focal con fibrosis y mínima inflamación crónica") corroboran la evolución hacia una artrofibrosis crónica no infecciosa, compatible con un proceso postquirúrgico cicatricial y no con una lesión iatrogénica o infiltrativa.

Por tanto, las secuelas funcionales residuales deben interpretarse como consecuencia esperable dentro del riesgo asumido de la cirugía reconstructiva, y no como resultado de una actuación médica incorrecta ni de la infiltración articular inicial.

9.- El seguimiento en Atención Primaria y Rehabilitación entre 2016 y 2018 muestra de forma consistente anotaciones del tipo "dolor mecánico intermitente", "sin signos inflamatorios", "gonalgia crónica", "persisten molestias con actividad", con sucesivos ciclos de fisioterapia y ejercicios de fortalecimiento. No se describen episodios de inflamación aguda, fiebre, derrame masivo ni datos sugestivos de infección articular.

La literatura sobre artrofibrosis y gonalgia degenerativa (Zhang et al., J Orthop Res, 2022) indica que la sintomatología suele ser fluctuante, con rigidez progresiva y dolor con la carga, sin crisis bruscas desencadenadas por procedimientos menores, lo que coincide con la evolución documentada.

10.- Desde la perspectiva de información y de forma, la infiltración se realizó en un contexto diagnóstico claro, tras una RMN concluyente, como procedimiento ambulatorio de bajo riesgo integrado en el tratamiento habitual de la condropatía. En este tipo de técnicas, las guías de la AAOS (2021) y del NICE (2020) contemplan el consentimiento verbal informado, documentado en la propia historia, sin exigencia de documento escrito específico, reservando éste para procedimientos de mayor riesgo o cirugía.

11.- El informe del Servicio de Traumatología del Hospital de La Gomera (02/06/2021) señala expresamente que solo consta la consulta del 9/05/2016, sin nuevas asistencias ni complicaciones registradas, y que la evolución posterior se produjo ya en otros dispositivos asistenciales.

El dictamen médico-forense de 15/02/2021 coincide en que la conducta médica inicial fue "correcta en su indicación y en su ejecución" y que el cuadro ulterior se explica por la progresión de una condropatía degenerativa y la posterior artrofibrosis. Estos pronunciamientos externos, independientes del Servicio de Inspección, refuerzan que no se objetivan déficits técnicos ni omisiones graves en el acto de infiltración.

12.- Del análisis integral de la historia clínica se desprende que la paciente fue valorada y tratada en los tiempos adecuados conforme a la prioridad clínica de cada episodio, siguiendo los circuitos asistenciales establecidos entre Atención Primaria, Rehabilitación y el Servicio de Traumatología hospitalario.

A lo largo del proceso, se le practicaron las pruebas diagnósticas de referencia ("gold standard") para la patología condral de rodilla, resonancia magnética (RMN) y ecografía de partes blandas, que confirmaron la presencia de condropatía rotuliana y tendinopatía rotuliana leve, sin hallazgos compatibles con complicaciones infecciosas o traumáticas.

Los tratamientos aplicados siguieron una secuencia terapéutica escalonada y acorde con las guías clínicas internacionales para la osteoartrosis entre ellas, las recomendaciones de la European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO, 2019) y de la Sociedad Española de Reumatología (SER, 2020), las cuales establecen que deben agotarse las medidas conservadoras (fisioterapia, control de peso, analgesia e infiltraciones intraarticulares) antes de considerar procedimientos quirúrgicos. En este caso, dichas estrategias fueron aplicadas de manera completa y en los tiempos clínicos apropiados, optándose posteriormente por la cirugía ante la falta de mejoría funcional.

La infiltración de ácido hialurónico de mayo de 2016 fue una medida terapéutica indicada y de bajo riesgo, sin evidencia de complicación aguda atribuible a la misma ni de daño estructural nuevo.

Las complicaciones postquirúrgicas fueron abordadas y seguidas mediante un manejo multidisciplinar coordinado entre los servicios de Traumatología y Rehabilitación, logrando una recuperación funcional satisfactoria y estabilización clínica, como se evidencia en el informe de Anatomía Patológica de 2019, que describe una sinovitis crónica leve con fibrosis, sin signos de inflamación activa ni daño estructural progresivo.

En revisión de la historia clínica de los años posteriores no se evidenciaron nuevas consultas por dolor de rodilla crónico, lo que indica la resolución funcional del proceso, por lo que se emite un informe desfavorable a la reclamación presentada».

4.3. En tercer lugar, el médico forense había informado -detalladamente- que:

« (...)

Observamos que el diagnóstico principal y la conducta médica del facultativo que ha realizado la infiltración no estuvo en desajuste para la información de la cual se disponía para el momento de dicha intervención médica. No se describen otros estados patológicos y/o complicaciones frente al tratamiento médico en cuestión, entendiendo la ausencia de descripción de estas como la ausencia de complicaciones de la misma (...).

Debido a las múltiples afecciones articulares y antecedentes patológicos de la explorada, es difícil determinar si una actitud terapéutica diferente a la llevada a cabo hubiese determinado una mejoría para la explorada.

La terapéutica inicial cumple las normas deontológicas y se rige bajo una buena práctica médica y medicina basada en la evidencia.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se trata de un paciente pluripatológico con antecedentes previos de lesiones articulares que dificulta determinar si una actitud terapéutica inicial distinta a la llevada a cabo, hubiera redundado en un posible beneficio para el paciente.

SEGUNDA-. En la documentación médica peritada no se observa ningún error en la conducta médica inicial la cual está ajustada, tanto en tratamiento como en tiempo a la buena práctica clínica, normas deontológicas y medicina basada en la evidencia».

4.4. Por último, también ha de tenerse en cuenta, con base en todo lo anteriormente expuesto, que, por un lado, obran en la historia médica dos anotaciones médicas de interés acerca de lo acontecido inmediatamente después de la referida infiltración y, por otro lado, los resultados de la Resonancia Magnética Nuclear, efectuada en el ámbito de la medicina privada poco después de la fecha de los hechos, que también se incorpora al expediente remitido a este Consejo Consultivo.

Así, en las páginas 259 y las siguientes del expediente, consta en las notas médicas que el 13 de mayo de 2016 la interesada acudió al mismo Hospital de la Gomera, refiriendo dolor intenso en su rodilla, razón por la que se le hace una ecografía el día 18 de mayo, constando en dichas anotaciones acerca de los resultados de la misma que:

«Se le realiza ecografía del compartimiento anterior de la rodilla derecha en extensión y flexión pasiva (la paciente es incapaz de flexionar), identificando integridad del tendón rotuliano, de espesor normal, llamando la atención la presencia de colección líquida infrarotuliana (13 x 4 mm) lateral, con aumento de ecogenicidad de la grasa adyacente, que produce discreto abombamiento del tendón a nivel de su inserción proximal, así como leve aumento de ecogenicidad compatibles con leves cambios inflamatorios. Leve edema subcutáneo en la región infrarotuliana. Leve cantidad de líquido laminar en bursa suprarotuliana».

En cuanto a los resultados de la Resonancia que se le practicó a la interesada el día 7 de julio de 2018, no consta afectación alguna en su rodilla, aparte de lo que ya padecía, y al igual que en la ecografía que se le efectúo en el Hospital de La Gomera a los pocos días de haberse producido el hecho lesivo, solo se observan unas pequeñas vacuolas en la grasa de Hoffa, manifestándose expresamente que «*podría ser proceso inflamatorio o el proceso de postinfiltración*», sin que conste en los resultados de la misma patología o daño alguno en el tendón rotuliano.

5. Todo ello obliga a concluir que la infiltración no se hizo de forma incorrecta, y que estaba indicada para la patología que padecía la interesada, por lo que su

prescripción y su práctica se ajustaron a la *lex artis*, sin que exista prueba concluyente acerca del origen de la leve inflamación que se detectó en la ecografía y en la resonancia referidas, en las que los propios doctores desconocen si tal inflamación era propia de las graves patologías degenerativas que la interesada padecía desde de 2015 o eran una consecuencia natural y leve de la infiltración.

Además, no solo está acreditado que la mala evolución posterior tuvo que deberse a las propias características de las graves patologías degenerativas que sufre la interesada, sino que también está probado que la infiltración no influyó de manera alguna en dicha evolución, sin que quepa afirmar que la pura sucesión cronológica -*post hoc ergo (...)* - es una demostración de la relación de causa a efecto entre la infiltración y los padecimientos posteriores a ella.

Por tanto, puede entenderse, de lo obrante en el expediente, que está debidamente probado que en todo momento se ha actuado conforme a la *lex artis* y que se han puesto a disposición de la interesada todos los medios materiales y personales de los que dispone el SCS.

6. Procede, tras lo anterior, tratar ahora la cuestión correspondiente al consentimiento informado, para lo cual se ha de partir de dos hechos suficientemente demostrados.

6.1. Así, en primer lugar la Administración alega que el consentimiento informado se prestó verbalmente y que ello está demostrado suficientemente, porque en el Auto de sobreseimiento de las diligencias penales de investigación, que no fue recurrido por la interesada, ni fue presentada prueba alguna que desacredite lo que en el mismo consta, se afirma lo siguiente:

«Consta como pruebas en este procedimiento, informe sobre el medicamento utilizado de fecha octubre de 2017 (página 119), Historial Clínico de querellante (páginas 189 a 362), declaración del investigado (página 153 a 156 de las actuaciones) donde manifiesta que atendió a la querellante y confirmó el diagnóstico de condropatía rotuliana grado II y una lesión del menisco interno con lo que debería practicar una infiltración de ácido hialurónico para evitar una mayor desgaste, explicándole a la paciente el alcance y técnica a realizar y de los posibles riesgos de la intervención. Primero se le pinchaba una sola vez la anestesia y luego el Duorolane y explicándole a la paciente que tras desaparecer los efectos de la anestesia podría tener dolor, por lo que se recomienda siempre reposo de 48 horas, no quedando ingresada en el Hospital. citándola para seis meses después.

Así mismo, manifiesta que se le recomendó para el dolor tomar paracetamol y que anteriormente la querellante tras explicarle la intervención y sus beneficios, ésta prestó su

consentimiento para realizarle dicha técnica (página 162 de las actuaciones), y que la misma tiene los mismos riesgos que otra inyección intramuscular, siendo asistido por una Auxiliar llamada (...).

De la declaración de la testigo de (...) (página 369) Auxiliar de enfermería, la misma manifiesta que a todos los pacientes que tienen esta patología se les informa previamente de la posibilidad de la infiltración y es él mismo el que decide si realizarla, así como de los posibles riesgos y de una posible infección.

Así mismo indica que si en la infiltración se hubiera tocado un tendón la anestesia no es suficiente como para que no hubiera 'gritado" y que el dolor hubiera sido insoportable y que la paciente no gritó.».

6.2. El Consejo, sin embargo, entiende que incluso aunque se admita la veracidad y credibilidad de las declaraciones transcritas, que pudieran discutirse, pues proceden del propio autor de la infiltración y de su auxiliar o asistente y la información de esta última sobre el consentimiento se formula en términos generales, referidos *a todos los* pacientes, ello no puede admitirse como suficiente para dar por cumplidas, de forma íntegramente satisfactoria, las exigencias relativas al consentimiento informado, aunque puedan llegar a serlo de modo parcial -como luego se razonará-.

La exigencia de que el consentimiento y la información previa se presten y consten por escrito no puede excusarse a pretexto de que tal exigencia no se satisface, en la práctica, en la generalidad de los casos o de que no se exigía en el momento de los hechos (2016, hace casi una década), aunque *actualmente* sí es *plasmado en la historia clínica* (reza el informe del servicio).

La realidad es que tanto entonces como ahora la infiltración constituye una intervención *mínimamente invasiva*, y si es invasiva, siquiera mínimamente, se requiere que la información se facilite por escrito y que del mismo modo se obtenga el consentimiento, como ordena el art. 8.º de la Ley 41/2002, cuyos preceptos son instrumento y vehículo del derecho fundamental a la vida y a la integridad, como ha establecido el TC y repetido el TS. Así, por ejemplo, en la STS 828/2021 [Sala 1.ª, ECLI ECLI:ES:TS:2021:4355] de 30 de noviembre:

«Como explica la sentencia 101/2011, de 4 de marzo: "La actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a su salud y como tal no es quien le informa sino él quien a través de la información que recibe, adopta la solución más favorable a sus intereses".

Únicamente cuando el enfermo, con una información suficiente y una capacidad de comprensión adecuada, adopta libremente una decisión con respecto a una actuación médica, se puede concluir que quiere el tratamiento que se le va a dispensar. En este sentido, la sentencia 784/2003, de 23 de julio, señala que: "la información pretende iluminar al enfermo para que pueda escoger con libertad dentro de las opciones posibles, incluso la de no someterse a ningún tratamiento o intervención quirúrgica".

En este sentido, la STC 37/2011, de 28 de marzo, señala que el art. 15 CE comprende: "decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (...) Ahora bien para que esta facultad de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues solo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento". En definitiva, la privación de información equivale a la privación del derecho a consentir».

Por ello, tampoco se comparte ni se encuentra acertada la justificación propuesta en el informe del SIP, que dice: «En este tipo de técnicas, las guías de la AAOS (2021) y del NICE (2020) contemplan el consentimiento verbal informado, documentado en la propia historia, sin exigencia de documento escrito específico, reservando éste para procedimientos de mayor riesgo o cirugía».

Lo que muestra un examen somero de las informaciones clínicas y organizativas de las sociedades médicas y de las autoridades sanitarias es lo contrario: que se recomienda la prestación de la información y del consentimiento por escrito, y que se dispone de formularios preparados para los distintos tipos de actuaciones de traumatología, entre los cuales se incluyen las infiltraciones. En la dirección web que se indica a continuación puede verse el de la Generalitat valenciana para las infiltraciones de ácido hialurónico: https:/www.san.gva.es/es/web/portal-del-paciente/ consentiment-informat/guia-ci-valencia/-/ document_library/73Jm3r5ZHa5b/view_file/3526231

Puede entenderse que, en otra época, la atribución al paciente de la potestad de decidir sobre las actuaciones médicas no fuera de reconocimiento, conocimiento y aplicación común o, incluso, que la norma según la cual el consentimiento pueda prestarse verbalmente *como regla general* -dice la ley- permitiera una interpretación *amplia* o poco estricta de la exigencia y que para algunas intervenciones relativamente sencillas -acaso fuera vista así una infiltración- fueran causas de relajación en el cumplimiento de la ley.

También cabe recordar que, precisamente en relación con las infiltraciones, el camino recorrido por la doctrina consultiva y los pronunciamientos judiciales,

diversos y casuísticos estos y aquella, ha sido sinuoso, de lo que pueden dar ejemplo los dictámenes 77/2020 de la Comisión Jurídica Asesora de Euskadi o 119/23 de la de Madrid, ambos en materia de infiltraciones y consentimiento informado.

Pero del propio expediente y de la literalidad de los informes resulta que las explicaciones y justificaciones producidas en este caso no son concluyentes ni, por tanto, admisibles.

Y tampoco puede, por ello, invocarse la doctrina singular de un órgano judicial en un caso concreto, cuyos pronunciamientos no tienen vocación de generalidad ni de establecimiento de doctrina, sino de rebatir o refutar concretas afirmaciones hechas, en el caso, sobre también concretas actuaciones médicas.

Finalmente, asimismo debe rechazarse la argumentación [SIP] que parece excluir la exigencia estricta de consentimiento porque la infiltración es un procedimiento ambulatorio que no requiere ingreso, pues es notorio que numerosas atenciones que tienen indudable naturaleza quirúrgica o invasiva se efectúan sin ingreso hospitalario, denominándose precisamente *cirugía ambulatoria*, para las cuales es indiscutible que se necesita obtener el consentimiento informado y escrito del paciente.

6.3. Sin embargo, pese a todo lo anterior no cabe concluir que el derecho de la reclamante fuera ignorado enteramente y por completo pues, siquiera de forma inadecuada o incorrecta, ella sí prestó verbalmente su consentimiento a la infiltración, y había sido previamente informada también verbalmente de que iba a serle practicada la infiltración, a la cual se sometió voluntariamente, y todo ello implica que no se ignoró o desconoció por entero el legítimo derecho a ser informada con carácter previo a la infiltración, y, por tanto, la interesada que hoy reclama aceptó y decidió libremente someterse a la misma con suficiente conocimiento de la intervención y sus posibles efectos adversos.

El derecho a la información que corresponde a los pacientes se regula en el art. 4 de la citada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en estos términos:

«1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente

dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle».

Si tal es el mandato legal, en el presente expediente no podría afirmarse que el derecho de la reclamante fue desatendido o ignorado y que no se le proporcionó la información debida, aunque lo fuera, como hemos visto, de forma inadecuada.

El Tribunal Supremo ha podido establecer jurisprudencia consistente y reiterada sobre situaciones como la presente, en que consta que se ha recibido información verbal, aunque pudiera haber sido exigible la forma escrita. Así, en la STS 782/2017, de 9 mayo 2017, Rec. 2166/2015, Sala 3.ª, ECLI: ES:TS:2017:1820, se recuerdan resoluciones anteriores y se dice:

«En este sentido hemos considerado suficiente la información verbal, siempre que aparezca acreditada, por todas Sentencia 29 de junio de 2010 (recurso de casación nº. 7387/2005), que "Así y frente a las alegaciones de la recurrente, del propio documento suscrito el 23 de febrero de 2001 autorizando y consintiendo la intervención, se deduce la existencia de una información verbal previa, al señalar que las características y posibles complicaciones de la intervención que se indica, "me han sido explicadas por el Dr. (...) ", a lo que se une el informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía, en el que se indica que se comunicó a la enferma y sus familiares que, por el tamaño y naturaleza de la lesión, se desestima el tratamiento paliativo con radioterapia o radiocirugía, y que se notificó con extrema claridad la gravedad de la situación y posibles complicaciones, tanto de la cirugía como de la actitud conservadora».

6.4. En conclusión, la falta de una completa satisfacción de las exigencias legales sobre el consentimiento informado, tal como hemos razonado en los párrafos anteriores, no permiten atribuir al SCS la responsabilidad por haber sido causa de un daño producido a la reclamante, cuya solicitud también en este punto debe ser desestimada.

No cabría apreciar otra cosa, como así ocurre en algunos de los pronunciamientos consultivos citados, porque la obtención de la información y la prestación del consentimiento, a la luz de las declaraciones practicadas en el proceso penal, permiten concluir que la paciente recibió información suficiente y prestó el

consentimiento sin reservas, por lo que no es posible vincular los padecimientos posteriores a la infiltración, que no son consecuencia de ella, con la falta de información o la invalidez del consentimiento.

Y cuando tal cosa ocurre, se entiende improcedente o injustificada la atribución de responsabilidad a la administración. No está de más señalar que la propia reclamante, aunque denuncia la falta de información y el defectuoso consentimiento -a su juicio- no relaciona con estos defectos o insuficiencias los daños producidos, cuya causa sitúa en la propia infiltración.

A falta de relación causal entre una anomalía -que es sin duda parcial, como se dijo- y el daño cuyo resarcimiento se pide, lo procedente en derecho es la desestimación de la reclamación.

La jurisprudencia entiende que, incluso en ausencia o a falta de consentimiento informado, no existe responsabilidad si no hay daño del que el servicio sanitario sea responsable, como se dice en la referida STS de 9 de mayo de 2017:

«Además, hemos añadido, en Sentencia de 4 de abril de 2006 (recurso de casación nº 3409/2002), que " No obstante, tal y como se recoge en sentencia de 26 de febrero de 2004, "aún cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis ad hoc, no lo es menos que tal mala praxis no puede per se dar lugar a responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente y así lo precisa la sentencia de 26 de marzo de 2002 que resuelve recurso de casación para unificación de doctrina en la que se afirma que para que exista responsabilidad es imprescindible que del acto médico se derive un daño antijurídico porque si no se produce éste la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad».

7. Para concluir, se recordará que para rebatir todos los razonamientos anteriores hubiera sido preciso -y no ha ocurrido- que se hubiera proporcionado en el expediente la prueba de que, pese a todo lo expuesto, otros elementos demostrarían la existencia de una relación de causa a efecto entre el servicio público sanitario y el daño que motiva la reclamación, y que esta prueba incumbe al reclamante, como exige la regla legal 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, RJ\2013\2430).

8. Por todo lo expuesto, procede señalar que no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el correcto funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por la interesada, sin que se haya observado infracción de la *lex artis*.

Además, está acreditada la no vulneración de su derecho a ser informada antes de la infiltración y a decidir después someterse a ella; y no está acreditado que la suficiencia o insuficiencia de la información o del consentimiento guarden relación con los padecimientos sufridos posteriormente por la reclamante.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina que es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada en este expediente de responsabilidad patrimonial, en virtud de los razonamientos expuestos en los Fundamentos anteriores.