

Dictamen n.º: **678/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **25.10.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 25 de octubre de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. (en adelante “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Puerta de Hierro (en adelante HUPH).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 11 de mayo de 2021, el reclamante presentó en el registro de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid un escrito en el que formula una reclamación por la atención sanitaria prestada en el HUPH con ocasión de la realización de una artrodesis en el tercer dedo de la mano izquierda.

Si bien la reclamación formulada es un tanto confusa en la exposición de los hechos que fundamentan la misma, cabe extraer de la misma que con fecha 22 de febrero de 2018 se sometió, el reclamante, a una cirugía en el HUPH que considera fue incorrecta, sosteniendo

que se le colocó de manera errónea el canulado Acutrak II de 20 mm en su dedo medio y que se le dejó material quirúrgico en el dedo medio.

Refiere que se le ocultó el fracaso de la citada cirugía toda vez que no se le entregó informe médico dando cuenta del fracaso de la artrodesis hasta el 16 de noviembre de 2020.

La reclamación no cuantifica la indemnización pretendida y viene acompañada de muy diversa documentación, de entre la que cabe destacar, reclamación previa ante la ante la Seguridad Social en materia de prestación de subsidio por incapacidad temporal, resolución de 11 de diciembre de 2020 de la Dirección Provincial de Madrid del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se desestima dicha reclamación previa, informe de psicólogo clínico del Hospital Clínico San Carlos (en adelante HCSC) sobre asistencia al reclamante, informe del HCSC dando cuenta de una intervención quirúrgica realizada el 3 de junio de 2019, informe clínico del HCSC disponiendo tratamiento rehabilitador con cinesiterapia, informe de alta de Urgencias de la Fundación Jiménez Díaz de 21 de abril de 2021 por dolor articular en mano izquierda, diversas fotografías del dedo y mano afectados, radiografías e informe de rehabilitación del HUPH.

Por escrito de la instrucción, de 25 de mayo de 2021, se formuló requerimiento al reclamante a efectos de que manifestara los hechos, razones y petición en que se concreta con toda claridad la solicitud, especificando las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio público, ya que en su escrito de reclamación resulta un poco confuso la relación de los hechos y su cronología, así como los centros sanitarios objeto de reproche en cada caso.

Requerimiento atendido por escrito registrado el 5 de junio de 2021, en el que el reclamante viene a ratificarse en su escrito inicial, exponiendo de manera un poco más clara y ordenada la causa de su

reclamación en los términos que ya han quedado expuestos, al tiempo que cuantifica la indemnización pretendida en la cuantía de 250.000 euros.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo pone de manifiesto los siguientes hechos.

El paciente de 33 años a la fecha de los hechos que motivan la reclamación, fue atendido con fecha 8 de septiembre de 2017 en el servicio de Traumatología del HUPH derivado por su médico de Atención Primaria, mediante parte de interconsulta. En la anamnesis se anotó: *“herida por arma blanca en mano izquierda, nov 2016”, “refiere ha sido intervenido 3 veces en su país natal, Venezuela. Acude para valorar opinión de posibilidades de recuperación o informe de minusvalía”*.

En la exploración física realizada, se advierte, mano con correcto trofismo cicatrices de abordaje en cara volar dedos índices y medio, todo lo largo del dedo. Actitud en flexo de interfalángicas proximales (IFPS) dedos índice y medio 70°, flexo. Cicatriz longitudinal, probablemente responsable de su rigidez. Arco completo de movilidad para dedos pulgar, anular y meñique. Consigue cerrar el puño con dificultad y contacto pulpejo-palma para todos los dedos, con dificultad para índice y medio se confirma correcta función de flexores profundos para todos los dedos, correcta función, pero sin potencia para flexores superficiales. Parece relacionarse las cicatrices con la mayoría de su actitud en flexo dedos medio e índice. Aunque dedo índice tiene secuelas de traumatismo en infancia. Articulación interfalángica proximal engrosada y angulación de falange distal y articulación interfalángica distal (IFD) se solicita resonancia magnética o eco para ver si existen poleas A2.

Con fecha 23 de octubre de 2017 se evaluó la resonancia magnética de la mano izquierda realizada para valorar las secuelas de rotura reparada quirúrgicamente de los tendones flexores de la mano por arma blanca. Se recoge como conclusión *“continuidad en los tendones flexores lo que descartar re-roturas. Separación de los tendones flexores a la altura de interfalángicas proximales sobre todo del segundo y tercer radio, por un componente de partes blandas que engloba los mismos y que ponemos en relación con componente inflamatorio fibrocicatricial, que condiciona la deformidad en garra de los dedos.”*.

El 26 de octubre de 2017 en consultas de revisiones del Servicio de Traumatología del HUPH se anotó que una vez realizada resonancia magnética se confirma ausencia de poleas A2 en dedos índice y medio, además de cicatriz ++ encima del recorrido de flexores en dedo, atrofia completa de pulpejo lado lunar dedo índice. Que se explica al paciente la posible solución quirúrgica, que muy probablemente sea en 2 tiempos; tenoartrolysis y posible reconstrucción de poleas flexoras, además de injerto al nervio digital, así como explico la gravedad de sus lesiones, la complejidad de la reconstrucción y los plazos largos de rehabilitación posterior hasta dar por definitiva la situación, entiende y acepta, se edita consentimiento informado (CI), se incluye para tratamiento quirúrgico a ritmo preferente.

El 22 de febrero de 2018 el reclamante ingresó de forma programada en el Servicio de Traumatología del HUPH. Se anotó el procedimiento quirúrgico: Dedo Índice. Se realiza incisión longitudinal en cara volar F2 y F1, en recorrido de cicatrices previas y se tallan colgajos de z plastia futura. Apertura por planos hasta hallar ausencia polea A4, Tenodesis ++ Entre Flexor Superficial de los Dedos (FDS) Y Flexor Profundo de los Dedos (FDP) con dehiscencia de sutura y mucha cicatriz. Entre los bordes Tendón FDP y de FDS. Anquilosis interfalángica distal. Se decide reseca restos de FDS, se completa

separaciones bordes FDP. Capsulotomía articulación interfalángica proximal (IFP), se libera su recorrido distal y dentro de polea A2 y se reinserta cabo proximal FDP en base F2 con 2 arpones Jugger Knott 1.0. cierre cutáneo con z plastias. Dedo Medio: se realizan colgajos doble z en comisura III y se continua longitudinal tallando colgajos de z plastia en cara volar F1 y F2. Apertura por planos hasta identificar ambos pedículos venosos que se hallan en buen estado. Muy severa tenodesis entre flexores y de estos a tejidos de alrededor. Se secciona FDP por zona de antigua lesión dado que es un tendinoma de mala calidad. Como conclusión se recoge, en exploración quirúrgica FDS irreconstruibles y ausencia poleas A4 se desechan FDS y se reinserta FDP en F2, Z Plastias para reconstruir cobertura cutánea sin bridas cicatriciales.

El 24 de febrero de 2018 se procedió al alta tras verificar la evolución médica satisfactoria. El diagnóstico fue de secuelas de lesión flexores dedos índice y medio mano izquierda reconstrucción mediante reinsertación FDP en base F2 y z plastias.

El 23 de marzo de 2018, en consultas de revisiones en el servicio de Traumatología del HUPH, se dan por finalizadas las curas y se deja sin inmovilización de protección. Consultas de valoración rehabilitación el lunes 26 marzo. Se autoriza movilizaciones pasivas dedos y muñeca, en intervalos cortos y frecuentes, prohibido cargar pesos, apretar, retorcer... Revisiones según citas dadas al alta hospitalaria.

El 26 de marzo de 2018, el paciente acude a Consultas del Servicio de Rehabilitación del HUPH. En la exploración física, se recoge: dedo índice: flexo de IFP 30°, irreductible, que solamente permite otros 10° de movilización activa y 15° de forma pasiva. IFD a 0°, que no moviliza activamente. Pasivamente realiza flexión de 10° de IFD. Moviliza 1° metacarpofalángica (MCF) de forma activa, y pasivamente completa el movimiento. Parestesia en todo el dedo, mantiene mínima sensación de

tacto en pulpejo. Realiza movimientos de aducción y abducción sin resistencia. Dedo medio: flexo de IFP de 20°, reductible a 5°, doloroso a la movilización. IFD a 0°, que no se puede movilizar ni activa ni pasivamente. Moviliza metacarpofalángica de forma activa hasta 70° de flexión, y pasivamente completa el movimiento. Parestesia en todo el dedo. Dedo anular: moviliza de forma activa IFP, completa el movimiento, IFD en extensión completa, flexión a 50°. MCF completa. Como juicio clínico, figura: Secuelas de herida incisa en flexores de dedos de mano izq. Se prescribe rehabilitación.

El 19 de abril de 2018 en consulta de revisiones en el Servicio de Traumatología del HUPH, se anota, 7 semanas tras cirugía de revisión de secuelas lesión flexores reinserción FDP en f2, artrodesis IFD para dedos índice y medio mano izquierda, z plastias para déficits cobertura tras extensión conseguida en dedos. Inmovilización reposo durante 3-4 semanas. Acude a consultas de revisiones, heridas perfectamente cicatrizadas, no recidiva flexo, función de flexor superficial presente pero muy débil, arco pasivo de IFP y MCF dedos afectados es completo. Se insiste en que debe movilizar las articulaciones no fusionadas, realizar en intervalos cortos y frecuentes, sindactilia de forma continua. Revisión a finales de mayo.

El 24 de mayo 2018 en consulta de revisiones en el citado Servicio de Traumatología del HUPH, se consigna, 3 meses tras cirugía, ya ha sido valorado por Servicio de Rehabilitación, inicia el tratamiento hoy. Acude a consultas de revisiones con exploración física en la que se aprecia, muy buen trofismo de la mano, función de flexores superficiales en progreso. IFDS anquilosadas quirúrgicamente pendiente de recuperar arco de IFP con ayuda de rehabilitación, no inflamadas y buen arco pasivo. Mínima potencia flexores para movilizar IFPS siguiente revisión en julio.

El 14 de junio de 2018, se anotó en el historial médico un informe con un comentario realizado por el fisioterapeuta del HUPH, en el que se refleja que: *“El paciente deja de acudir a las sesiones de fisioterapia”*. El 18 de igual mes se efectuó una nota en el Servicio de Rehabilitación del HUPH: *“No acude a consulta de revisión y según nota de fisioterapia del 14/06/18 dejó de acudir a tratamiento”*.

El 5 de julio de 2018 el paciente acudió de forma programada a consulta de revisiones en el Servicio de Traumatología del HUPH, se anotó que ha sido valorado por el Servicio de Rehabilitación, inició tratamiento y lo ha suspendido por encontrar trabajo y no poder asistir. Refiere que realiza los ejercicios aprendidos en rehabilitación. En la exploración física, se advierte: correcta, función de flexores superficiales, no recidiva de flexo, falta fuerza de presa en tendones reparados por segunda vez. Refiere tiene algún episodio de manchado en cara volar dedo índice, no evidente en estos momentos. Piel completamente cicatrizada. Faltan 2mm para contacto pulpejo dedos operados con la palma. Realizar vida lo más normal dentro de sus limitaciones e insistir en ejercitar flexión y extensión de articulaciones recordando no tiene juego articular en punta dedos operados.

El 6 de septiembre de 2018, consta informe de alta de Urgencias de la Fundación Jiménez Díaz, con motivo de consulta: complicación postquirúrgica. Consta que acude a Urgencias por inflamación de 2º dedo de mano izquierda con enrojecimiento que se extiende a cara dorsal de antebrazo desde la mañana. Acude por mala evolución y en busca segunda opinión Refiere en ocasiones salida de material en IFP de 2 dedo. No tiene material. No consigue extensión completa de 2o y 3er dedos. Múltiples cicatrices volares. Artrodesis IFD 3er dedo. No signos de infección aguda en el momento actual. Se deriva a Unidad de Mano en consultas próxima semana.

El 26 de septiembre de 2018 el reclamante acude al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de la Fundación Jiménez Díaz para realizar la primera consulta de muñeca y mano. Se indica que quiere realizar rehabilitación en dicho centro, por lo que se solicita primera consulta de Rehabilitación y revisión.

El 15 de octubre de 2018 el reclamante acudió al Servicio de Medicina Interna del HCSC consignándose en el informe clínico que el paciente refiere desde hace meses notable limitación en el primer dedo de la mano izquierda; ha quedado una restricción de la movilidad y desde hace unos 6 meses presenta supuración intermitente que en ocasiones se ha extendido hasta la muñeca. Esta herida fue un corte por arma blanca en noviembre de 2016 y que ha sido intervenido en varias ocasiones; es su cuarta intervención por este problema y la segunda del dedo. Se aconsejan antibióticos (amoxicilina/clavulánico), tras haberse obtenido un cultivo. Se intentará extraer el material de sutura que presenta en la zona de la supuración. Se solicita una Rx de la mano. Infección VIH. Infección de la herida quirúrgica del primer dedo de la mano izquierda.

El 18 de octubre de 2018, acude a consultas de Cirugía de la Mano del HCSC detectándose herida quirúrgica infectada en articulación interfalángica proximal de 2º dedo de la mano izda. Por lo que se derivó a la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Con fecha 14 de febrero de 2019 el paciente acudió a la Unidad de Enfermedades Infecciosas del HCSC, consignándose en el informe clínico como motivo de consulta: herida quirúrgica infectada en articulación interfalángica proximal de 2º dedo de la mano izda. Se le propone realizar artrodesis IFD de 2º dedo y extraer el tornillo de 3º dedo y reartrodesar en mejor posición.

El 3 de junio de 2019 el paciente ingresó de forma programada en el Servicio de Cirugía Ortopédica Mano del HCSC. Se recoge que se

propone tratamiento quirúrgico de las secuelas de herida por arma blanca en mano izda e infección de 2º dedo mano izquierda. Se procedió al tratamiento quirúrgico mediante lavado y desbridamiento 2º dedo, siendo intervenido bajo anestesia locorregional realizando exéresis de trayecto fistuloso, desbridamiento de tejidos desvitalizados, retirada de restos de sutura previa y lavado abundante. Se prescribe mover activamente los dedos de la mano operada, cerrando el puño y abriéndolo, 5 ó 6 veces por hora. Se indica que acudiese a Consulta de Cirugía de la Mano del Servicio de Traumatología el 6 de junio según cita, en el Ambulatorio de Modesto Lafuente.

Con fecha 23 de julio de 2019 el paciente acudió a consultas de Traumatología del HCSC en el Centro de Especialidades "*Modesto la Fuente*". Se prescribió tratamiento rehabilitador presencial tutorizado con 15 sesiones de Fisioterapia (cinesiterapia) en HCSC. En el juicio clínico no se recogen hallazgos patológicos en el momento actual.

El 24 de septiembre de 2019 el paciente acude a Rehabilitación en el HCSC. Se indicó el mismo día por parte de la Fisioterapeuta que, al alta del tratamiento rehabilitador presencial tutorizado, se recomendaba seguir realizando en domicilio, diariamente y de forma autónoma, las pautas de cinesiterapia aprendidas.

El 25 de noviembre de 2019 en la historia clínica de Atención Primaria, se anotó: "*refiere que ya ha terminado la rehabilitación*".

El 16 de noviembre de 2020 el paciente acude al Servicio de Cirugía Ortopédica Mano del HCSC. En el motivo de consulta se anotó: "*Fracaso artrodesis tercer dedo mano izquierda*". Es intervenido bajo anestesia local y profilaxis antibiótica, realizándose retirada de tornillo y reartrodesis interfalángica distal con 2 AK y cerclaje.

El 17 de diciembre de 2020 se procede con revisión en el HCSC. Se aprecia que la herida está muy bien. Rx control: satisfactorio. Plan: Tiene cita el 23 de diciembre para rehabilitación. Se explica la importancia de ejercicios para movilizar falange proximal de 4° dedo.

El 4 de enero de 2021 acude a revisión programada en rehabilitación del HCSC. No se palpa material de artrodesis. Se da cita en un mes. Así el 1 de febrero de 2021 asiste nuevamente a consulta de Rehabilitación en el HCSC, no se observa mejoría sustancial con el proceso rehabilitador. Se interesa valoración para extracción del material osteosíntesis por dolor persistente y poca movilidad tras los procesos quirúrgicos, ya que no consigue flexión activa de IPP e IFD del 3° dedo.

Con fecha 15 de abril de 2021, el paciente acude a consulta programada en Traumatología en el Centro de Especialidades "*Modesto la Fuente*". Se explica que es pronto para retirar el material quirúrgico. La artrodesis no está conseguida. Se formalizó el correspondiente consentimiento informado para la artrodesis IFD 3° dedo izquierdo y retirada de 1 aguja vs todo el material.

El 21 de abril de 2021 el paciente acudió al Servicio de Urgencias de la Fundación Jiménez Díaz por molestias en pulpejo 3° dedo mano izquierda en relación a material de osteosíntesis. Se recoge que el paciente desea realizar seguimiento en este centro hospitalario. Se consigna como juicio diagnóstico, lesión 3° dedo mano izquierda a valorar extracción de material de osteosíntesis. Tratamiento de cita preferente en Traumatología.

El 22 de abril de 2021 acude al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de la Fundación Jiménez Díaz y se le deriva a la Unidad de Mano.

El 25 de mayo de 2021 el paciente acudió al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de la Fundación Jiménez Díaz en el Centro de Especialidades de Argüelles con motivo de la revisión de muñeca y mano. Se valora la posible extracción de dispositivo de fijación interna.

El 30 de junio de 2021, el reclamante ingresó de forma programada en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de la Fundación Jiménez Díaz, para cirugía ambulatoria por molestias del material de osteosíntesis. Se procede a realizar extracción del material sin incidencias.

Con fecha 8 de julio de 2021 el paciente acudió a consulta de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz. El informe de consulta indica que era la primera cura de la herida quirúrgica, reseñando que el estado de la herida evidenciaba una evolución normal.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 24 de junio de 2021 se emite informe por el Servicio de Traumatología del HUPH, en que en primer lugar se expone la asistencia sanitaria prestada al reclamante. Concluyendo, posteriormente, que estamos ante un paciente con grave lesión de los tendones flexores atendido en dicho servicio un año después del traumatismo sin aportar informes de la cirugía previa en su país de origen, que se informó al paciente de la gravedad de las lesiones y su dificultad de reparación, de la posibilidad de necesitar más de una cirugía y de necesitar un tratamiento rehabilitador. Que en la cirugía practicada se observa un muy mal estado de los tendones superficiales en canal digital con imposibilidad de reconstruir los flexores

superficiales, teniendo por objeto la misma, conseguir una función aceptable de presa. Remitido el paciente a Servicio de Rehabilitación queda constancia de mejoría clínica y estética con función de flexores en progresión con buen arco de movilidad de articulaciones IFPS. Consta un seguimiento irregular de la rehabilitación sin que consten revisiones del paciente desde julio de 2018.

El 14 de marzo de 2022 emite informe la Inspección Sanitaria en el que considera conforme a la *lex artis ad hoc* la asistencia sanitaria prestada.

Por escritos de la instrucción del 17 de marzo de 2022, se dirige sendos escritos al Hospital Fundación Jiménez Díaz y al Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, en los que se hace constar que dado que la reclamación narra asistencias sanitarias prestadas en esos hospitales, y que no son objeto de reproche, se interesa para un completo conocimiento de los hechos que procedan a la remisión de copia de la historia clínica del paciente, relacionada con los hechos objeto de la reclamación. Requerimiento atendido por dichos centros hospitalarios con fecha 4 de abril y 30 de marzo de 2022 respectivamente.

Consta escrito de la Inspección Sanitaria del 19 de abril de 2022 en el que se indica que se reiteran en su informe de 14 de marzo sin que la documentación añadida aporte nada nuevo al respecto.

El 4 de mayo de 2022 se concede trámite de audiencia al reclamante, quién tras diversas incidencias en la notificación del mismo, presenta sus alegaciones con fecha 8 de septiembre de 2022 en las que trata de desvirtuar lo señalado por la Inspección en su informe.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, formuló propuesta de resolución, de 27 de septiembre de 2022, en la que propone al órgano competente para resolver,

desestimar la reclamación al haberse ajustado la actuación sanitaria a la *lex artis*.

Consta en el expediente que, con ocasión de la reclamación formulada, se siguen actuaciones judiciales ante la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, como Procedimiento Ordinario 1167/2021, que según refleja el escrito de interposición tiene por objeto la asistencia prestada en el HUPH.

CUARTO.- El 3 de octubre tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 633/22 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 25 de octubre de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de

Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser el directamente afectado por la asistencia sanitaria que entiende inadecuada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid toda vez que la asistencia sanitaria que consideran incorrecta se prestó en el HUPH, centro sanitario que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En este caso, si bien la cirugía controvertida tuvo lugar el 22 de febrero de 2018 y el tratamiento rehabilitador prestado en dicho centro finalizó en junio de 2018, lo cierto es que se desprende de las actuaciones que el paciente continuó con rehabilitación en otros centros, en los que incluso se procedió con cirugía en la mano afectada, siendo las últimas actuaciones médicas

reflejadas en las actuaciones, la cirugía ambulatoria del 30 de junio de 2021 por molestias del material de osteosíntesis. Así las cosas, visto el iter cronológico asistencial del paciente, entendemos que la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada el 11 de mayo de 2021, lo ha sido en plazo.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el Servicio de Traumatología del HUPH. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia al interesado y se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas

que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas; b) 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 e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

“El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala CA, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste

sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente”.

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, el interesado alega que las secuelas que sufre son consecuencia de una mala técnica en la artrodesis realizada en el tercer dedo de su mano izquierda.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por el reclamante, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala técnica denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento,

etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos. Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches del interesado, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Partiendo de lo señalado, entendemos que el reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la cirugía realizada fuera incorrecta, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

En particular, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial reprochado que consta en las historias clínicas remitidas, ha considerado que la actuación asistencial del servicio implicado fue conforme a la *lex artis*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la

Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

Señala la Inspección, al respecto de la cirugía practicada en el HUPH que *“por lo explicitado, durante la exploración quirúrgica se puso claramente de evidencia la gravedad de las lesiones y la alta complejidad de su reparación, por la muy severa fijación postraumática con profusa cicatriz entre bordes de los Flexores Superficiales y Profundos de los dedos y de estos con tejidos periféricos, situación que los hacia prácticamente irreconstruibles, existiendo además una dehiscencia de sutura y anquilosis en la Interfalangica distal (IFD), así como ausencia de las poleas A4. Por ello se tuvieron que adoptar las limitadas opciones intervencionistas existentes en la actualidad según la buena práctica para minimizar y/o paliar las secuelas preexistentes concretas y consolidadas una vez transcurridos 1 año, 3 meses y 14 días de la primera intervención quirúrgica realizada en Venezuela”*.

En cuanto a la rehabilitación posterior a la cirugía controvertida, prestada igualmente en el HUPH, el informe de la Inspección considera que la misma es ajustada a los protocolos asistenciales, señalando al respecto que *“las revisiones programadas por el S. de Rehabilitación siguieron el protocolo temporal establecido para este tipo de situaciones, estableciéndose el 26/03/2018 un tratamiento de 15 sesiones de Rehabilitación. Esta pauta no fue seguida por el paciente, no acudiendo el 08/06/2018 a consulta de revisión y abandonando definitivamente el tratamiento rehabilitador el 14/06/2018”*.

Por ello, entiende la Inspección que cabe concluir en que *“el seguimiento metódico y exhaustivo implementado en el H.U. Puerta de Hierro, corresponde plenamente a lo indicado en los protocolos actuales establecidos según la evidencia científica para este tipo de circunstancias, no obviando ninguna eventualidad. Por ello se razona correcto y ajustado en todo momento, considerándose acertadas y apropiadas las actuaciones sanitarias ejecutadas tanto con anterioridad a la intervención quirúrgica, como durante la realización de la misma, efectuada con gran pericia, a fin de paliar y/o corregir de la forma más correcta y menos traumática posible, las muy severas lesiones observadas en el acto quirúrgico. Así mismo, el postoperatorio a corto y medio plazo fue satisfactorio, a pesar de la escasa cooperación del paciente que abandonó la terapia rehabilitadora pautada”*.

Descartada así por la Inspección, la mala praxis en la cirugía realizada al reclamante en el HUPH, precisa igualmente su informe en relación a las restantes asistencias médicas prestadas al reclamante en otros centros, que *“si tiene presente todas las atenciones sanitarias prestadas con posterioridad por los diversos centros hospitalarios utilizados de forma intercurrente o simultáneamente por el paciente (Hospital Clínico San Carlos, H. U. Fundación Jiménez Díaz, H. General de la Defensa Gómez Ulla), únicamente indicando que se ha realizado una revisión exhaustiva para mejor y más amplia ilustración, concluyendo que se encuentran absolutamente coherentes con la Lex Artis”*.

Por lo expuesto, siguiendo el criterio emitido por la Inspección Sanitaria, cabe afirmar que el reclamante recibió una asistencia médica adecuada y conforme a la *lex artis*.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 25 de octubre de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 678/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid