

Dictamen n.º: **739/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **21.11.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión 21 de noviembre de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera 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 Dña. ....., por los daños y perjuicios derivados del tratamiento rehabilitador subsiguiente a una intervenida quirúrgica del hombro derecho, que se desarrolló en un centro adscrito al Hospital Universitario 12 de Octubre.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 3 de abril de 2024, la persona arriba identificada, presentó un escrito en el registro del SERMAS, en el que formulaba una reclamación de responsabilidad patrimonial por las pretendidas deficiencias del tratamiento rehabilitador subsiguiente a una intervención quirúrgica del hombro derecho, que habría determinado la re-rotura del tendón del supraespinoso primeramente reparado.

Explica la reclamante que, fue intervenida quirúrgicamente del hombro derecho, por ruptura total de los manguitos rotadores, el día 24

de enero de 2022 en el Hospital Universitario 12 de Octubre, siendo la intervención satisfactoria. Le prescribieron el 17 de febrero de 2022, tratamiento de rehabilitación, en varias sesiones, entre el 7 de marzo y el 8 de abril de 2022, que se desarrollarían por la especialidad de Rehabilitación y Fisioterapia del Centro de Especialidades de Orcasitas, adscrito al indicado hospital.

Manifiesta que, el día 4 de abril de 2022, el fisioterapeuta le practicó con sus manos un movimiento muy brusco en el hombro, que le ocasionó un gran dolor y malestar, debiendo suspender inmediatamente la sesión de rehabilitación, regresando la paciente inmediatamente a su domicilio y tomando analgésicos para calmar el dolor.

Afirma que, tras realización de diversas pruebas de imagen, una ecografía del hombro derecho y otra resonancia magnética, el día 8 de julio de 2022 se emitió un informe por el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario 12 de Octubre, cuya conclusión evidenció un: *"Defecto de espesor completo a nivel de la inserción de las fibras del tendón conjunto, que asocia atrofia grasa leve de las fibras más craneales del tendón del vientre muscular del infraespinoso"*. En definitiva, constató que se había producido una re-rotura del tendón del supraespinoso, inicialmente reparado.

Relata que el 21 de julio de 2022, se incluyó a la paciente en lista de espera para intervención quirúrgica programada, siendo el diagnóstico principal ruptura total de manguitos rotadores y el 10 de enero de 2023, la paciente fue intervenida, recibiendo el alta ese mismo día.

A fecha 27 de marzo de 2023, manifiesta la reclamante que sigue en proceso de rehabilitación, habiendo sufrido multitud de dolores y molestias, desde la sesión de fisioterapia del día 4 de abril de 2022, que solicita le sean indemnizados.

Cuantifica el impedimento desde la indicada sesión, hasta el 1 de enero de 2023 -282 días-, además de los tres meses de rehabilitación adicional que precisó -otros 120 días-, desde la segunda intervención. Resulta así un total de 402 días de recuperación.

Por todo lo expuesto y para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, solicitan una indemnización de 26.584€, más los intereses.

Adjunta a su reclamación, diversa documentación médica y un escrito de autorización en favor de otra persona, para la realización de los trámites posteriores en el procedimiento- folios 1 al 57-.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

La paciente, con 42 años de edad en el año 2022, presentaba antecedentes médicos de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, hernia de hiato, una previa intervención de apendicectomía y tres cesáreas.

Después de diversas asistencias en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, constando debidamente informada de las alternativas y tratamientos y habiendo cumplimentado la firma del correspondiente documento de consentimiento informado el de la técnica quirúrgica a practicar: la “*sutura artroscopia de la rotura del supraespinoso del hombro derecho y la descompresión subacromial*”, con fecha 14 de octubre de 2021-, se la incluyó en la correspondiente lista de espera quirúrgica.

El indicado documento de consentimiento informado- folios 123 al 133-, contiene la expresa indicación manuscrita en el apartado de las complicaciones, de las eventuales “*afectaciones neurovasculares,*

*musculotendinosas, infecciosas; así como de la re-rotura y el dolor crónico”- folio 125-.*

El 24 de enero de 2022, tras suscribir el documento de consentimiento informado para la anestesia con igual fecha, se le practicó la intervención quirúrgica del hombro derecho, por vía artroscópica. De conformidad con los datos técnicos recogidos en el protocolo quirúrgico, la técnica quirúrgica empleada consistió en un *“desbridamiento de lesión de subescapular con vaporizador; sutura de supraespinoso con un implante Iconix Speed Stryker y técnica de doble hilera con Reelex; descompresión subacromial con fresa motorizada”.*

En cuanto a los hallazgos quirúrgicos, se anotaron: *“intraarticulares (rotura parcial tipo I subescapular; rotura anterior de supraespinoso con interrupción de huella) y subacromiales (bursitis subacromial; espacio subacromial con estrechamiento en zona anterior por acromion tipo II Biglinani; rotura de supraespinoso en U tipo Crescent de pequeño tamaño)”.*

Recibió el alta hospitalaria el día siguiente, el 25 de enero de 2022, con indicación del tratamiento analgésico, mantener el brazo en cabestrillo, realizar ejercicios de flexo-extensión de codo y pendulares, no coger pesos y acudir a revisión en consulta externa de Traumatología, el 3 día de febrero siguiente.

Según lo previsto, la paciente acudió a la primera revisión en la consulta externa de Traumatología el 3 de febrero de 2022. En la cura que se efectuó, se constató el buen aspecto de la herida quirúrgica y se retiraron las grapas. Se indicó a la paciente mantener el inmovilizador dos semanas más, se explicaron los ejercicios asistidos de hombro que se debían realizar y se solicitó interconsulta urgente con Rehabilitación, además de la siguiente revisión, en un mes.

El día 14 de febrero de 2022, la paciente fue valorada en el Servicio de Rehabilitación. Se encontraba bien, refiriendo únicamente dolor con los movimientos.

De acuerdo con los protocolos al efecto, se pautó tratamiento de fisioterapia (15 sesiones y revisión posterior) consistente en TENS hombro; autopasivos escalera; CNT activa-asistida en decúbito; desbloqueo pectoral; iniciar tonificación estabilizadores de escápula y crioterapia.

Se explicaron los ejercicios a realizar en su domicilio, precisando no realizar “activos”, hasta la quinta semana postcirugía.

El día 7 de marzo de 2022, comenzó el tratamiento rehabilitador. La paciente acudió a sesión de fisioterapia los días 7, 9, 11 y 14 de marzo de 2022.

En la revisión de la consulta externa de Traumatología del 11 de marzo de 2022, recogieron las siguientes anotaciones: *“contenta en cuanto al dolor, muy inferior al postoperatorio; movilidad funcional muy avanzada para el tiempo de evolución; en rehabilitación desde el día 7 de febrero; revisión en aproximadamente tres meses”*.

En cuanto a la asistencia, según consta, la paciente no acudió a la sesión de fisioterapia programada del 21 de marzo de 2022; acudió el 23 de marzo de 2022; no acudió a las sesiones programadas del 25 y el 28 de marzo de 2022 y sí a la del 30 de marzo de 2022. No acudió a la sesión programada el 1 de abril de 2022 y sí a la siguiente sesión de fisioterapia, del día 4 de abril de 2022, que se corresponde con la fecha de la asistencia sanitaria reclamada. En las anotaciones correspondientes a estas sesiones no se incluye el detalle de las técnicas y/o ejercicios desarrollados y en la del día 4 de abril, tampoco

consta ninguna anotación especial, ni diferenciada respecto de las anteriores- folio 142-.

El 6 día de abril de 2022, acudió la paciente al Servicio de Urgencias, a las 9:59 horas, refiriendo un cuadro de dolor sobre el hombro derecho, iniciado dos días antes, tras un movimiento forzado de rotación interna, concluyendo la aplicación de medidas analgésicas, frío local y el adelanto de la revisión en consulta de Traumatología.

En esa asistencia se anotó: *“Exploración física del hombro derecho: no se observa ni eritema, ni hematoma, ni deformidad, ni aumento de la temperatura local; heridas de portales de artroscopia en cicatrización con buen aspecto. Palpación dolorosa de predominio anterior; no crepitación; movimientos activos y pasivos de abducción y rotaciones con limitaciones algicas. Fuerza motora contra resistencia conservada. No alteraciones de la sensibilidad. Exploración vascular distal normal.*

*Radiología hombro derecho: implante quirúrgico normoposicionado; no lesiones ocupantes de espacio evidentes.*

*Diagnóstico: omalgia derecha sin signos de alarma en ese momento.*

*Tratamiento: analgesia, reposo relativo según tolerancia, aplicación de frío sobre la zona dolorosa y adelantar cita de revisión en consulta externa de Traumatología”.*

Por su parte, también constan anotaciones en el diario de sesiones del Servicio de Rehabilitación, de ese mismo día y los siguientes. A saber:

La anotación correspondiente a ese día 6 de abril de 2022: *“llamada telefónica; refiere más dolor desde última sesión y que hoy no acudirá. Se recomienda frío local y continuar con los ejercicios más suaves en casa y que acuda a la próxima sesión para valorar”.*

La anotación en el diario de sesiones del Servicio de Rehabilitación del 8 de abril de 2022, recoge: *“última sesión, acude con cabestrillo. Continúa con dolor (no tratamiento); movilidad similar a días anteriores, pero refiere sensación de pinchazo/escozor. Se pone Kinesio recomendándose pendulares + ejercicios de flexión y abducción suaves cuando disminuya el dolor. Fin de tratamiento”*.

En cuanto a la correspondiente a la consulta de revisión en el Servicio de Rehabilitación, del 18 de abril de 2022, para la valoración tras el primer ciclo de fisioterapia, se reflejó: *“tras tratamiento, refirió dolor intenso en hombro, no acudiendo por el momento a fisioterapia.*

*Actualmente refiere empeoramiento del dolor nocturno. El dolor lo refiere en cara anterior del hombro y lateral.*

*Exploración física: tumefacción leve del hombro derecho; dolor en cara anterolateral de hombro derecho; Balance articular con abducción 135°, antepulsión 125°, rotación externa 70° y rotación interna 75°; combinada rotación externa nuca con dolor, combinada rotación interna lumbar bajo; maniobras + Jobe, Gerber y Yocum.*

*Balance de movilidad 4. Sensibilidad y tono sin alteraciones.*

*Se solicita ecografía de hombro”*.

Acudió posteriormente la paciente a revisión en la consulta externa de Traumatología, el día 27 de mayo de 2022, donde se anotó que: *“se había producido una buena evolución hasta aproximadamente un mes, con dolor brusco al realizar rotación interna en aducción durante fisioterapia; desde entonces dolor con limitación funcional.*

*Exploración física: movilidad completa con dolor a la rotación interna en aducción; dolor en corredera con maniobras de provocación de la porción larga del bíceps dolorosas”*.

Estaba pendiente la paciente de una ecografía el día 23 de junio de 2022, con revisión programada el día siguiente, el 24 de junio, para valorar el resultado de la ecografía.

Según lo previsto, el 23 de junio de 2022, se le realizó la ecografía del hombro derecho, concluyendo la evidencia de un engrosamiento y alteración de la ecogenicidad del tendón del supraespinoso, sin objetivar claras roturas, aunque precisando que se había efectuado una *“valoración limitada, por falta de movilidad de la paciente”*. También se observó una importante bursitis subacromiosubdeltoidea.

En cuanto a las anotaciones de la revisión en la consulta externa de Traumatología del día siguiente, 24 de junio de 2022, se recogió: *“la ecografía no aclara la presencia de daño a nivel de la reparación del supraespinoso; detecta asimismo bursitis subacromial derecha; sugieren hacer otra prueba.*

*Se ofrece infiltración con anestesia bajo condiciones de asepsia, pero prefiere esperar.*

*Se solicita artrografía RMN.*

*Se indica nueva revisión con resultado”.*

El 1 de julio de 2022, se le realizó una RMN del hombro derecho que concluyó: *“cambios postquirúrgicos con sutura del tendón del supraespinoso sin identificarse signos de rotura completa (podría existir una rotura parcial en las fibras del tendón conjunto) ni retracción del cabo tendinoso. Los vientres musculares del supraespinoso y del infraespinoso no muestran signos de atrofia grasa. Marcada distensión de la bursa subacromiosubdeltoidea”.*

También se le efectuó una artro-RNM de hombro derecho, el 8 de julio de 2022, que concluyó: *“defecto de espesor completo a nivel de la*

*inserción de las fibras del tendón conjunto, que asocia atrofia grasa leve de las fibras más craneales del tendón del vientre muscular del infraespinoso”.*

A la vista de todo ello, en la revisión en la consulta externa de Traumatología del 21 de julio de 2022, se concluyó: “*RMN-tendón reparado integro. Arthro-RMN-tendón reparado con signos de re-rotura*”.

Se anotó en esa asistencia que la paciente reconocía que “*desde que presentó maniobra intempestiva con fisioterapeuta ha presentado más dolor, cree que se le rompió de nuevo el tendón en ese momento*”.

Se le explicó que la artro-RNM es una prueba sensible y específica pero no al 100%.

De acuerdo con todo ello, la paciente prefirió que se le efectuase una reexploración quirúrgica.

Según consta expresamente, en esa consulta se le explicaron los riesgos y beneficios de la indicada técnica y se la incluyó en lista de espera quirúrgica.

El día 1 de agosto de 2022, acudió al Servicio de Urgencias por persistencia del dolor en el hombro derecho, sin nuevos síntomas añadidos, ni pérdida de fuerza muscular y/o de sensibilidad.

La paciente se encontraba en lista de espera quirúrgica de Traumatología.

Se explicó ese día la evolución y síntomas correspondientes a la re-rotura del manguito de los rotadores. Además, se le ajustó el tratamiento analgésico, se le indicó reposo relativo según tolerancia, aplicar calor seco local y el control por su médico de familia.

Constan en la historia clínica remitida los correspondientes documentos de consentimiento informado para la anestesia y la intervención, este último de fecha 21 de julio de 2022, para efectuar una sutura artroscópica, por sospecha de re-rotura del manguito rotador del hombro derecho, con las mismas complicaciones –entre ellas la re-rotura- que fueron consignadas en el documento de consentimiento de la anterior intervención –folios 125 al 132-.

De acuerdo con lo previsto, el día 10 de enero de 2023 se realizó la segunda intervención quirúrgica del hombro derecho, por vía artroscópica, donde se constató una tenosinovitis del tendón del bíceps, con adecuada movilidad dentro de su polea; condropatía humeral grado III y re-rotura de la región anterior del tendón del supraespinoso, sin hallazgos patológicos en el infraespinoso, ni en el subescapular.

Se procedió a la re-sutura del tendón del supraespinoso mediante la técnica de doble hilera y se efectuó un implante Speed Fix, llevado a una doble hilera Reel ex.

Las anotaciones de la revisión en la consulta externa de Traumatología del 26 de enero de 2023, constataron: *“dolor moderado; quejosa por el trato recibido y por llevar las grapas más veces que la otra vez.*

*Se cura la herida y se quitan puntos, enrojecimiento leve sin signos de infección.*

*No se indica de momento rehabilitación.*

*Iniciar pendulares y activos de codo.*

*Se indica revisión en tres semanas”.*

En la revisión en consulta externa de Traumatología del 23 de febrero de 2023, se anotó: *“ha mejorado el dolor y la movilidad; se*

*permite el inicio de rehabilitación; iniciar ejercicios con barra y revisión clínica en un mes”.*

-En la consulta de Traumatología del 13 de abril de 2023: *“pendiente de iniciar rehabilitación; mejorando dolor y movilidad, en este momento es funcional; toma calmantes. Se indica no cargar pesos, iniciar ejercicios con bastón y revisión en un mes”.*

No constan más datos en la documentación de la historia clínica remitida.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo a la LPAC.

Mediante diligencia de 11 de abril de 2023, se comunicó a la reclamante la iniciación del procedimiento, con indicación de la normativa aplicable y el sentido desestimatorio del silencio que eventualmente recayera, por el trascurso de 6 meses, desde fecha de la incoación – folio 57-.

El 5 de mayo de 2023, se dio traslado del procedimiento a la aseguradora del SERMAS.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica comprensiva de la asistencia dispensada a la paciente por el Hospital Universitario 12 de Octubre y sus consultas externas y, a solicitud de la Inspección Sanitaria, la de Atención Primaria, correspondiente al Centro de Especialidades de Orcasitas, cuya asistencia del día 4 de abril de 2022 resulta cuestionada; así como el seguimiento hospitalario de la evolución de la rehabilitación.

Además, consta en el procedimiento un informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario 12 de Octubre, de fecha 27 de abril de 2023.

En dicho informe, tras detallar los pormenores del proceso asistencial, se indica que, la paciente ha sufrido una complicación frecuente en este tipo de cirugías de sutura tendinosa en hombro, la re-rotura del tendón, señalando que, la tasa de re-rotura después de la reparación quirúrgica es muy variable del 11 a 94%.

Se indica que, la re-rotura de tendón previamente suturado se debe a múltiples factores, tales como las características biológicas de los tejidos, la edad, el tamaño del desgarró y la degeneración grasa de los músculos y también, la diabetes, el tabaquismo y la atrofia muscular. Igualmente, pueden darse otros factores independientes del paciente, relativos a los procedimientos quirúrgicos y a la rehabilitación.

También se efectúan ciertas consideraciones sobre el análisis el proceso de rehabilitación, con mención a las diferentes técnicas de movilización utilizadas, y su relación con las re-roturas y se trasladan al supuesto que nos ocupa, señalando que, la movilización que se realizó al paciente el día 4 de abril de 2022, al realizarla con las manos, puede ser pasiva (el paciente no interviene) o activo-asistida (si el paciente ayuda al movimiento).

Respecto a las “*movilizaciones pasivas*”, se valora si hay relación con las re-roturas, si se comienzan a aplicar antes o después de los 7 días de la cirugía. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

En las denominadas “*activo-asistidas*”, se indica que hay más probabilidad de re-roturas si se empieza con esta técnica antes de las 5 semanas tras la cirugía.

En el caso de la paciente, se precisa que, empezó la rehabilitación en la 6ª semana y, el día 4 de abril de 2022, habían pasado 10 semanas de la cirugía, por lo que, de acuerdo con la evidencia científica más reputada, existe una probabilidad muy pequeña de que la complicación fuera debida a la movilización.

Por otro lado, destaca, que el profesional actuante llevaba tratando a la paciente previamente varias sesiones, sin ningún problema o complicación y con muy buena evolución y que, en ningún momento se le practicaron movimientos bruscos.

El informe también destaca que, *“...en revisión de Traumatología del día 27 de mayo de 2022 -1 mes y 13 días después de la movilización por la que se reclama-, en la exploración, la movilidad era completa, con dolor a rotación interna y abducción, con dolor en corredera con maniobras de provocación de porción larga de bíceps dolorosas.*

*No teniendo limitación en la movilidad del hombro, lo que difícilmente se relaciona con la re-rotura”.*

Por todo lo expuesto, se concluye que la movilización, a la que se refiere la paciente, difícilmente pueda justificar la re-rotura que, además, resulta ser una complicación frecuente de esta intervención, con causa multifactorial.

El 6 de mayo de 2024, emitió informe la Inspección Sanitaria en el que concluyó que no hay constancia de que la actuación rehabilitadora no fuera correcta y acorde con la *lex artis ad hoc* - folios 143 al 150-.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, el día 19 de junio de 2024 se concedió trámite de audiencia a la reclamante, para que formulara alegaciones y presentara los documentos que tuviera por conveniente- folio 153-.

El día 8 de julio de 2024, se efectuaron alegaciones finales por la interesada, reiterando los planteamientos de su reclamación inicial.

Finalmente, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS, formuló propuesta de resolución el 9 de octubre de 2024, en el sentido de desestimar la reclamación formulada, al no ser el daño antijurídico.

**CUARTO.-** La consejera de Sanidad formuló preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 17 de octubre de 2024, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día señalado en el encabezamiento de este dictamen.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguiente

### **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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP en cuanto se trata de la paciente, directamente afectada por la asistencia cuestionada.

En cuanto a la legitimación pasiva, las asistencias cuestionadas se dispensaron en el Hospital Universitario 12 de Octubre, en sus consultas externas y en el Centro de Especialidades de Orcasitas, integrados todos ellos en el SERMAS.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC que se contará desde que se haya producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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.

En este caso, según consta, se cuestiona la asistencia de rehabilitación del día 4 de abril de 2022, a la que se atribuye la causación de la re-rotura tendinosa que determinó una nueva intervención -el 10 de enero de 2023- y posterior tratamiento rehabilitador hasta, al menos los tres meses posteriores a su fecha. De acuerdo con dicho planteamiento, la reclamación formulada el día 3 de abril de 2024, debe considerarse formulada en plazo legal.

En cuanto 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 responsable del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario 12 de Octubre. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente 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 a la interesada 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 C-A, 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.-** Empezando por el primero de los requisitos antes citados, señalaremos que, en el presente supuesto, con independencia de la valoración de la causa motivadora, ha quedado acreditado el daño producido a la reclamante, dado que sufrió una re-rotura tendinosa que le obligo a una segunda intervención.

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, cabe recordar, como hemos reiterado en nuestros dictámenes, que para acreditar la mala praxis que se denuncia han de aportarse medios probatorios idóneos. 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), cuando señala que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos,*

*como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.*

En este caso, la reclamación no se encuentra fundamentada en ningún informe técnico médico y la reclamante se limitan a alegar que la secuela que sufrió determina la existencia de mala praxis y, por tanto, de responsabilidad patrimonial de la administración.

Frente a lo indicado, los informes médicos que obran en el expediente han considerado que la asistencia dispensada a esta paciente fue la adecuada y ello pese a que se materializara uno de los riesgos contemplados en el documento de consentimiento firmado

De esa forma, se constata la regularidad del proceso rehabilitador, rememorando que, la paciente fue intervenida inicialmente el día 24 de enero de 2022, por presentar una rotura del tendón supraespinoso del hombro derecho.

En la cirugía se denotó, la rotura del supraespinoso derecho, *“en U tipo Crescent de pequeño tamaño, con interrupción de huella”* y una bursitis subacromial, resultado que el espacio subacromial presentaba un estrechamiento en la zona anterior, por acromion tipo II Biglinani.

Además, se constató una rotura parcial tipo I subescapular. No concurrían lesiones de la porción larga del bíceps, constatando la buena dinámica del bíceps en corredera. El labrum no presentaba alteraciones, como tampoco el glenohumeral.

Se le realizó en la intervención el desbridamiento de la lesión del subescapular con vaporizador; la sutura del supraespinoso derecho con 1 implante Iconix Speed Stryker y técnica de doble hilera con Reelex y la descompresión subacromial con fresa motorizada.

Tras la cirugía y el periodo de inmovilización comenzó el tratamiento de rehabilitación el día 7 de marzo, con buena evolución hasta el día 4 de abril, en que empeoró, según refiere la reclamante, tras movimiento realizado en sesión de fisioterapia.

Posteriormente tras acudir a Urgencias y realizarle diversas pruebas diagnósticas -ecografía, RMN y artroRMN-, fue de nuevo intervenida el día 24 de enero de 2023, en una cirugía exploradora y reparadora, donde se apreció tenosinovitis del tendón del bíceps, con adecuada movilidad dentro de su polea; condropatía humeral grado I – II; re-rotura de la región anterior de tendón de supraespinoso, sin hallazgos patológicos en el infraespinoso, ni en subescapular.

Así las cosas, se le hubo de practicar la re-sutura del tendón supraespinoso, mediante técnica de doble hilera y 1 implante peed fix, llevado a una doble hilera reel ex.

Centrándonos en el primer proceso de la rehabilitación, que es el cuestionado, en sentido coincidente con lo indicado por el responsable del Servicio de Medicina Deportiva y Rehabilitación, la Inspección Médica explica que, una de las complicaciones más frecuentes de la reparación del manguito de los rotadores es el fracaso estructural por re-rotura del tendón o cicatrización deficiente.

La cicatrización del tendón, después de su reparación quirúrgica, consta de tres etapas: inflamatoria (primera semana), de proliferación (durante dos o tres semanas) y de remodelación (comienza alrededor de 3-4 semanas después de la cirugía, hasta la formación de un tejido cicatricial maduro).

Se indica también que, el período crítico en la cicatrización del tendón, durante el cual se producen casi todas las rupturas recidivantes; va de la sexta semana al sexto mes postoperatorio;

observando que la paciente, en el momento en que sufrió al re-rotura, estaba en la semana 10 desde la intervención quirúrgica y, por tanto, en la fase de remo delación del tejido cicatricial ya formado y dentro del periodo crítico para las re-roturas, según lo indicado.

Además, el potencial de cicatrización de un tendón es limitado, como acredita la tasa de recidivas (16% para una ruptura total no retraída en jóvenes y 94% para una ruptura masiva). Esta tasa también estaría influenciada por el tamaño de la lesión y por la capacidad intrínseca de cicatrización del manguito, siendo ese un asunto estrictamente personal.

Por su parte, la Inspección Médica explica que, casi todos los protocolos de rehabilitación propuestos se desarrollan en cuatro fases, condicionadas por las previas etapas de cicatrización y siendo su principal objetivo optimizar la referida cicatrización a la vez que se minimizan las rigideces postquirúrgicas. Se trata de las siguientes:

1ª.-Fase de reposo (primeras dos semanas después de la cirugía): para preservar la reparación quirúrgica del tendón y favorecer su cicatrización.

2ª.-Fase de movilización pasiva (a partir de la tercera semana después de la cirugía): para recobrar la amplitud de los movimientos articulares pasivo del hombro. Es realizada por el terapeuta.

3ªFase de movilización activa (normalmente, entre la sexta y la novena semana después de la cirugía): para recuperar la amplitud de los movimientos articulares activos y el control neuromuscular del hombro.

Inicialmente, son ejercicios de movilización activos asistidos en decúbito dorsal (rotación interna/externa en ligera abducción y elevación del brazo en el plano escapular). Una semana después, se

pueden realizar estos mismos ejercicios con el paciente sentado o de pie. Gradualmente (a lo largo de una a tres semanas) según la tolerancia del paciente, se va progresando hacia el movimiento activo sin asistencia

Durante la primera semana de esta fase, se retira la férula.

4ª.-Fase de fortalecimiento (suele empezar entre las semanas 12 y 14 después de la cirugía).

Aplicando las consideraciones médicas efectuadas al supuesto analizado, observamos que, en cualquier caso, la re-rotura del tendón es una de las posibles complicaciones descritas en la bibliografía del postoperatorio de una reparación quirúrgica del tendón del manguito de los rotadores y así consta en el documento de consentimiento informado, que firmó la paciente previamente a la intervención quirúrgica. A partir de lo expuesto, se hace evidente que la materialización del riesgo no está afectada de la nota de la antijuridicidad, que resultaría imprescindible para determinar la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria.

A mayor abundamiento, de la documentación que obra en el expediente no se puede objetivar ni el momento exacto en el que se produjo la re-rotura ni la intensidad de la fuerza aplicada por el fisioterapeuta, en la sesión del día 4 de abril de 2022. De esa forma, tampoco puede tenerse por acreditada la relación causal entre el daño y el servicio público.

De ese modo compartimos las conclusiones y valoración de la Inspección sanitaria, que indica:

*“-Primera- No se considera que la aparición de la complicación postoperatoria descrita (re-rotura del tendón del supraespinoso*

*reparado) sea óbice para la calificación como adecuada de la asistencia sanitaria prestada al no apreciarse acreditada la infracción de la 'lex artis ad hoc'.*

*-Segunda- La re-rotura de la reparación tendinosa se considera un riesgo consustancial a la intervención quirúrgica realizada que puede ocurrir incluso con estricto cumplimiento de la lex artis.*

*Este riesgo se contemplaba en el documento de consentimiento informado que la paciente firmó y que obra en el expediente”.*

Recordemos en este punto 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*”.

Por todo lo expuesto, 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 21 de noviembre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 739/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid