

Dictamen n.º: **108/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **25.02.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 25 de febrero de 2026, emitido ante 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. (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, que imputa a la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital Universitario La Paz, al realizarle una escafoidectomía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 16 de abril de 2024 se registra, por la reclamante, un escrito de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud, por los daños y perjuicios que atribuye al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario La Paz, por haberle practicado una escafoidectomía que no había autorizado, y de la que tuvo conocimiento meses después de la intervención, ante la aparición de dolores en la mano izquierda.

Refiere que el 2 de marzo de 2022 se le practica una rizartrosis izquierda, sin que en ningún documento se mencionara la escafoidectomía.

Apunta que los días 6 y el 25 de abril acude al Servicio de Urgencias por dolor y tumefacción de la mano izquierda. Este último día se observa un “*edema importante*”. Indica que el día 28 de abril es atendida en la Unidad del Dolor y se le informa de que, a consecuencia de la escafoidectomía, es necesario realizar una artrodesis de las cuatro esquinas.

Con posterioridad, acude a diversas consultas por dolor, en algunas de las cuales se menciona la operación citada, que, según la reclamante, no había autorizado en ningún momento.

El escrito señala que el 20 de junio de 2023, tras una consulta en Cirugía Plástica, la reclamante es dada de alta de rehabilitación, en fase de secuelas de falta de movilidad de hombro, codo, muñeca y dedos de la mano. No obstante, ante la persistencia del dolor, acude a la misma consulta, el 10 y el 31 de enero de 2024, y, si bien le proponen la posibilidad de someterse a una nueva cirugía, la reclamante opta por mantener una actitud conservadora.

Cuantifica los daños por la intervención no autorizada en 39.011,45 euros.

Junto con su escrito presenta diversa documentación médica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés:

La reclamante, de 60 años en el momento de los hechos no cuenta con antecedentes destacables.

La paciente acude por primera vez a consultas externas del Servicio de Cirugía el 29 de septiembre de 2021, por rizartrrosis de mano izquierda. El 10 de noviembre de 2021 se confirma el diagnóstico mediante radiografía. En dicha consulta se explica el tratamiento, se entrega el consentimiento firmado de la intervención propuesta y se incluye a la reclamante en lista de espera (ver folios 64 y 166 del expediente).

El 2 de marzo de 2022 se practica una osteotomía total de carpianos y metacarpianos y una artroplastia metacarpofalángica e interfalángica con implante- folio 179 del expediente.

Se explica la técnica quirúrgica del siguiente modo:

“Bajo bloqueo anestésico axilar, se realiza abordaje dorsal ampliado a nivel de articulación trapeciometacarpiana. Disección por planos identificando ramas sensitivas del nervio radial y arteria radial. Apertura de cápsula articular de articulación trapeciometacarpiana, liberación de trapecio y trapecectomía total. Identificación de APL – abductor pollicis longus- accesorio y tunelización del mismo para suspensión articular. Cierre por planos con Vicryl y sutura intradérmica con Prolene. Vendaje elástico y férula de yeso. 1 drenaje”.

La paciente es dada de alta ese día. Se le recomienda mantener el miembro elevado, los vendajes limpios y secos, y se le insta a acudir a revisión en Cirugía Plástica de acuerdo con la cita adjunta.

El 10 de marzo acude a revisión; el 24 de marzo se le retira la férula sin incidencias. El 6 de abril de 2022, la paciente acude a Urgencias por dolor y tumefacción en la mano desde que se retiró la férula. En consultas externas, el día 21 del mismo mes, se constata edema en la mano, dolor y limitación funcional. Se le pauta medicación y se le deriva a consultas de Rehabilitación.

El 25 de abril acude de nuevo a Urgencias por dolor. Se le mantiene el vendaje hasta el día 28, que acude a la consulta de Cirugía.

El mismo 28 de abril de 2022 la paciente también es valorada por el Servicio de Rehabilitación, desde donde le derivan a la Unidad de Dolor, con carácter preferente, y le pautan medicación, tratamiento fisioterapia y terapia ocupacional.

El 6 de mayo de 2022 la paciente es atendida en la Unidad del Dolor, que pauta tratamiento médico y propone bloqueo del ganglio estrellado, procedimiento que se lleva a cabo el 19 de mayo de 2022 sin complicaciones – folios 38 y 206 y siguientes del expediente.

El día 12 de mayo se comenta el caso con un especialista y se decide intervenir, mediante el procedimiento de artrodesis cuatro esquinas y trapezoidectomía. La reclamante manifiesta que no tolera bien la medicación pautada – Lyrica- por lo que se propone medicación alternativa.

Continúa no obstante en consulta de Rehabilitación, donde es examinada, entre otros días, el 25 de mayo, el 1 y 9 de junio y el 7 de septiembre.

Asimismo, se solicita evaluación por la Unidad de Hombro del Servicio de Traumatología, quien le diagnostica tendinopatía del manguito rotador el 13 de junio de 2022.

El 1 de julio de 2022 es atendida telefónicamente. Refiere mejoría importante de la mano, ya que no precisa tomar analgésicos, sólo se queja de dolor en el hombro.

El 6 de julio se le da el resultado de las pruebas de imagen solicitadas, confirmándose un síndrome de Sudeck. Se recomienda continuar tratamiento y movilizar el hombro y los dedos en el domicilio.

El 16 de agosto se le practica un bloqueo axilar ecoguiado. El día 17 en revisión, se le pide continuar tratamiento. Este último día, en el Servicio de Rehabilitación, la paciente manifiesta que quiere cambiar de fisioterapeuta – folio 110.

El 1 de septiembre de 2022 se hace constar que la paciente se encuentra mucho mejor tras la infiltración. El 22 de septiembre se ofrece a la paciente una operación de artrodesis de cuatro esquinas y trapecectomía para el día 4 de octubre, pero se suspende la posibilidad de operación, a instancias de aquella.

El 13 de octubre de 2022 tiene revisión de la muñeca. Se pauta continuar con rehabilitación, antes de intervenir. No tiene destreza manual fina ni fuerza en la mano.

El 20 de octubre de 2022 acude a consulta de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental por síndrome de dolor regional complejo (síndrome de Sudeck). Se resume la situación clínica descrita, se hace constar que ha pasado el tribunal médico y ha sido incorporada a trabajar, y es diagnosticada de trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión. Refiere problemas de pareja.

En revisión del 24 de noviembre, la paciente insiste en tratamiento conservador, por lo que se le saca de la lista de espera para una posible operación.

El 4 de diciembre de 2022 se le practica una resonancia magnética del hombro izquierdo, concluyendo, el día 9 de dicho mes, que padece síndrome subacromial grado II y rotura parcial del tendón supraespinoso, del borde articular, en la zona crítica.

El 14 de diciembre de 2022 es atendida en Terapia Ocupacional, donde se observa cierta mejoría en la muñeca si bien persisten

dificultades tanto en la muñeca como en el hombro. A nivel sensitivo, la paciente presenta parestesias en la zona tenar.

El 15 de diciembre en consulta de Rehabilitación se pauta continuar tratamiento, movilizar el hombro y los dedos en domicilio. Se pauta revisión en dos meses.

El 12 de enero de 2023, presenta ligera mejoría respecto a exploraciones previas. Continúa con rehabilitación.

El 16 de febrero no acude a una revisión de Rehabilitación

El 23 de febrero de 2023, en una nueva revisión se pauta continuar con tratamiento y posteriormente, alta con secuelas. Se le examina la mano y el hombro. Se aprecian pocos cambios respecto a exploraciones previas.

Tras revisión, el 15 de marzo de 2023 se confirma el siguiente diagnóstico: síndrome subacromial grado II y rotura parcial del tendón supraespinoso, del borde articular, en la zona crítica.

El 18 de abril de 2023 es atendida en la consulta de Cirugía Plástica donde se le explica la opción de artrodesis cuatro esquinas para estabilizar primera hilera, aunque el rango articular no va a variar mucho respecto al previo, por lo que se decide esperar a ver la evolución.

El 19 de abril de 2023, en Terapia Ocupacional se muestra una leve mejoría en la flexión ventral de muñeca. No se aprecia evolución en la flexión dorsal, pero sí, mejoría en la pronosupinación y en la rotación interna y abducción de hombro. La paciente refiere mejoría de la sintomatología, presenta dolor esporádico, sobre todo al realizar determinadas actividades. Se le enseñan ejercicios para la realización en el domicilio, de reeducación sensorial y de rango articular de muñeca y hombro.

El 20 de abril de 2023 se le da de alta en Rehabilitación, en fase de secuelas, de falta de movilidad de hombro, codo, muñeca y dedos de la mano, que le impiden realizar actividades que requieran coordinación bimanual o destreza fina que impliquen uso de la mano izquierda. Se aconseja continuar ejercicios en domicilio para evitar la atrofía o retroacción muscular.

El 20 de junio de 2023 acude a la consulta de Cirugía Plástica. De las radiografías realizadas se concluye que padece osteopenia de carpo y mano derecha. *“Imagen de cirugía previa sobre primera columna pulgar. Desplazamiento a cubital de semilunar de 2-3 mm, aunque no se puede realizar comparación con situación previa”*. Se añade: *“Osteopenia de carpo, colapso mediocarpiana, bloqueo trapeziometacarpiana sin contacto con radio distal, osteopenia en falanges, con ausencia de interlínea en interfalángicas proximales visibles”*. Se recomienda movilizaciones articulares, analgesia según pauta de Unidad del Dolor y consulta en seis meses.

El 12 de diciembre de 2023 es atendida en la consulta de Cirugía Plástica, pendiente de decisión terapéutica. No se aprecian cambios en la radiografía practicada.

El 10 de enero de 2024 en la misma consulta, se explican a la paciente las opciones terapéuticas conservadoras y las quirúrgicas y las expectativas de recuperación funcional y sobre control del dolor. Se explica el riesgo beneficio de las alternativas y la necesidad de tomar una decisión, primando la calidad de vida. Se solicita radiografía.

El 31 de enero, se exponen de nuevo las diversas opciones. La paciente muestra su deseo de mantener una actitud conservadora, dado el balance riesgo/ beneficio de una nueva cirugía.

La paciente vuelve a consulta el 8 de mayo de 2024 para valorar rizartrrosis en mano derecha. Se propone tratamiento conservador y revisión a la vuelta del verano. En caso de empeoramiento clínica agudo, se podrá solicitar cita para valorar infiltración de corticoides o intervención.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se intenta notificar el oficio de inicio de expediente al despacho de abogados indicado a efectos de notificaciones, pero transcurre el plazo legal sin que recepcione la notificación telemática. Por ello, se pone de manifiesto esta circunstancia a la interesada en su propio domicilio, en documento de fecha 21 de mayo de 2024, notificado el 3 de junio de dicho año.

Se han incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente y el informe del jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del Hospital Universitario La Paz ,de fecha 10 de junio de 2024, al amparo del artículo 81.1 de la LPAC.

Dicho informe menciona las siguientes conclusiones, después de describir la atención a la reclamante y explicar su patología y las actuaciones realizadas:

“1. La paciente llega en septiembre de 2021 con artrosis en las articulaciones trapeziometacarpiana y escafo trapezioidea. Se intervino el 2 de marzo de 2022 de escafoidectomía y artroplastia de suspensión.

2. Su evolución inicial es satisfactoria, pero se complica a partir de abril de 2022, con un síndrome de dolor regional complejo.

3. Su tratamiento es conservador con medicación neuromodulador, rehabilitación intensiva y bloqueo del ganglio estrellado.

4. La evolución lógica y habitual del tratamiento y de la patología, tal como se ha indicado anteriormente es una mejora parcial de los síntomas sin llegar a la resolución completa de los mismos.

5. Por lo tanto, de acuerdo con lo anterior, la actuación del Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora con respecto al paciente ha sido en todo momento conforme a la lex artis”.

El 30 de julio de 2025 se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia del reclamante, los informes emitidos en el curso del procedimiento, y formular las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia prestada a la reclamante fue adecuada y acorde a la *lex artis* (folios 230 a 233 del expediente).

El 18 de noviembre de 2025 se concede trámite de audiencia a la reclamante, tal como exige el artículo 82 de la LPAC, acompañando el expediente.

El 4 de diciembre de 2025 presenta alegaciones, manifestando que se está ignorando el motivo de la reclamación, que es la falta de información de la concreta de la operación realizada: una escafoidectomía. Alega que ésta no es mencionada en ningún momento. Por el contrario, sí se menciona la trapecectomía, siendo el escafoides un hueso distinto del trapecio.

Por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, se elabora el 23 de enero de 2026, la oportuna propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 2 de febrero de 2026, se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 67/26, a la letrada vocal, Dña. M.^a Elena López de Ayala Casado, 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 febrero de 2026.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 por solicitud de la consejera 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los

antecedentes, 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 que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada fue dispensada por el Hospital Universitario La Paz, centro sanitario integrado en la red sanitaria pública madrileña.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de 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”*.

Hemos de recordar en este punto que la apreciación de la eventual prescripción del derecho del reclamante a reclamar por el daño sufrido, debe partir del principio de interpretación restrictiva del instituto de la prescripción, objeto de consideración por esta Comisión Jurídica Asesora en diversos pronunciamientos, por todos Dictamen 453/24, de 18 de julio, en el que señalábamos *“así las cosas, y considerando además que, según la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la prescripción, como limitación al ejercicio de los derechos, en beneficio de la seguridad*

jurídica, excluye una interpretación rigorista por tratarse de una institución que, por no hallarse fundada en la justicia intrínseca, debe merecer un tratamiento restrictivo”.

En este caso, la reclamación patrimonial se interpone el 16 de abril de 2024. La intervención objeto de reproche tuvo lugar el 2 de marzo de abril de 2022. Antes de la operación, la paciente fue informada de las diversas alternativas y el 28 de abril del mismo año es informada de la concreta operación que se le ha practicado (así se infiere del folio 76 del expediente). Por ello, si la reclamación se circunscribiera exclusivamente a la supuesta falta de información sobre la operación practicada, habría de entenderse que la reclamación es extemporánea.

No obstante, dado que se discute, asimismo, la concreta técnica quirúrgica aplicada, hemos de tener en cuenta la fecha en que es dada de alta en Rehabilitación, el 20 de abril de 2023. Por ello, consideramos que la reclamación se ha interpuesto en plazo.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que se ha incorporado al procedimiento, la historia clínica de la paciente y que, en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informes por el servicio médico que intervino en la asistencia sanitaria reprochada. Así figura informe del jefe de servicio de la Unidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del Hospital Universitario La Paz. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, en los términos expuestos.

Tras la instrucción del expediente se confirió el trámite de audiencia al interesado, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, y, finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad 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 de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 664/2025, de 7 de julio (procedimiento ordinario 142/2023), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, «(entre otras muchas, la STS de 9 de diciembre de 2008) tiene declarado que "(...) el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no impide que para su exigencia, como señala la sentencia de 7 de febrero de 2006, sea imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido". A tal efecto, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, lo que supondría convertir a la Administración en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, siendo necesario, por el contrario, que esos daños sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de la Administración (Ss. 14-10-2003 y 13-11-1997). La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se

mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994 , que cita las de 19 enero y 7 junio 1988 , 29 mayo 1989 , 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Se ha de precisar que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico - STS de 14 de octubre de 2002, con cita de la de 22 de diciembre de 2001.

En este sentido, la STS de 9 de octubre de 2012 declaraba:

"(...) debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia

en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9484/2004, con cita de las de 20 de junio de 2007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la lex artis (...)".

También la STS de 6 de mayo de 2015 (recurso de casación nº 2099/2013) declaraba que:

"...no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente", por lo que "si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido" ya que "la

ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados"».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamación viene a censurar la asistencia que fue prestada en el Hospital Universitario La Paz, dado que, para solventar sus problemas en la mano, se le practicó una escafoidectomía, operación de la que, según indica, no había sido informada en ningún momento.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, 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 han pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de febrero de 2025 (recurso 373/2022) al señalar que *“...si el interesado alega que el daño que se le ha causado y por el que solicita indemnización deriva de mala praxis sanitaria, la prueba de la mala praxis solo corresponde a quien la alega”* y las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) y de 12 de junio de 2025 (recurso 1200/2023), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añaden estas dos últimas sentencias citadas, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

La reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, en el que responsabiliza de las secuelas padecidas, a la práctica de una

operación para la que no había prestado, según indica, su consentimiento.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes médicos que obran en el expediente, y el informe de la Inspección Sanitaria, contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

La Inspección en primer lugar, explica la artrosis de muñeca, en la que puede haber varias articulaciones afectadas. Esto es, pese a lo que sostiene la reclamante, puede afectar al trapecio y al escafoides. Así el informe detalla:

“La artrosis de muñeca cursa habitualmente con dolor, pérdida de fuerza e impotencia funcional en el miembro afectado. Normalmente hay varias articulaciones afectadas en la sintomatología (entre ellas la trapeziometacarpiana y la escafo-trapecio-escafoidea). En los casos en los que hay varias articulaciones afectadas es difícil valorar únicamente con pruebas de imagen el componente individual que cada una de ellas aporta a la sintomatología global del paciente. Las opciones terapéuticas de dicha patología son múltiples en la literatura y se pueden dividir en dos grandes grupos: las que abogan por la resección de los huesos implicados en dichas articulaciones (trapecectomía, escafoidectomía) y la reconstrucción de las mismas (artroplastia de suspensión, interposición, sustitución) intentando conseguir una mejor movilidad y las técnicas que buscan la fusión de la articulación afectada (artrodesis) que buscan mejorar el dolor a expensas de una pérdida de movilidad”.

En esta línea el informe del Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora detalla que a la paciente se le informó de ambas operaciones, del siguiente modo- folio 56 del expediente:

“La paciente acudió por primera vez a consultas externas el 29 de septiembre de 2021. El 10 de noviembre de 2021 se diagnosticó mediante radiografía de rizartrrosis en mano izquierda (artrosis de la articulación trapeziometacarpiana) y artrosis de la articulación escafo(trapeziotrapezoidea (STT)). En dicha consulta se explicó el tratamiento de dichas patologías, se entregó el consentimiento firmado de la intervención propuesta y se incluyó en lista de espera.

El 2 de marzo de 2022 se intervino de escafoidectomía y artroplastia de suspensión. Intraoperatoriamente se valoró que el componente de artrosis de la articulación escafo(trapeziotrapezoidea condicionaba la sintomatología de la paciente en mayor gravedad que la articulación trapeziometacarpiana motivo por el que se realizó escafoidectomía en vez de trapezectomía. La paciente fue dada de alta sin incidencias el mismo día de la intervención”.

En la historia clínica se puede cotejar esta información. En concreto, en el folio 64, se menciona la escafo(trapeziotrapezoidea (STT).

Por consiguiente, pese a lo indicado por la reclamante, entendemos que fue informada de la patología y de la intervención que se le iba a practicar.

En línea con lo expuesto, en el documento de consentimiento informado que obra en la página 166 del expediente, se alude a la “cirugía de la mano” que se define como “compleja por la diversidad de estructuras anatómicas que contiene cualquier parte de la mano”. A continuación explica cómo se realiza:

“Las aperturas en cirugía de la mano suelen ser extensas, para así poder controlar visualmente todas las estructuras nerviosas y tendinosas. En ocasiones se dejan las heridas abiertas (no se cosen),

sobre todo en la palma, para que se cierren por sí solas (tardarán de tres a cuatro semanas)”.

Se añade: *“Después de la intervención necesitará llevar un vendaje, puede que durante varias semanas (dependiendo del tipo de intervención).*

Se puede realizar con distintos tipos de anestesia: dormir sólo la región de la mano sobre la que se va a actuar mediante anestesia troncular; dormir todo el brazo, con anestesia regional (axilar o regional endovenosa); o dormirle entero, con anestesia general”.

Asimismo, detalla que el tiempo quirúrgico es variable en función de los hallazgos quirúrgicos y la complejidad de las medidas reparadoras precisas.

En cuanto a los objetivos perseguidos, especifica: *“mejoría funcional, si bien el resultado funcional de cualquier tipo de cirugía de la mano, en términos generales, no es inmediato, y en ocasiones requiere rehabilitación durante mucho tiempo sin que se llegue a obtener una recuperación funcional del 100% en todos los casos”.*

En relación con el consentimiento informado, hemos de recordar que, de acuerdo con el artículo 3 de 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, supone *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”.*

Consideramos que la cirugía de la mano estaba descrita en el documento firmado por la paciente, quien aceptó la intervención. Si bien en él no se detalla la articulación que se ve afectada, se define como operación compleja que puede afectar a varias, las cuales son citadas a

lo largo de la historia clínica. Por tanto, consideramos que no se ha infringido la *lex artis*.

Por otra parte, la Inspección detalla los riesgos de las operaciones:

“Los riesgos de dichas intervenciones son múltiples (hemorragia, infección, alteraciones en la cicatrización, alteraciones en la sensibilidad, alteraciones en la movilidad, artrosis de otras articulaciones...). Entre estas complicaciones se encuentra la del síndrome de dolor regional complejo; siendo también posible que con cualquiera de las intervenciones realizadas no sea posible recuperar de forma completa las limitaciones funcionales preoperatorias o que no se consiga resolver completamente el dolor.

En lo que hace referencia al síndrome de dolor regional complejo es preciso manifestar que su mecanismo fisiopatológico aún no está completamente aclarado y sigue siendo objeto de investigación. Es una complicación posible en cualquier cirugía de la mano, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada. El diagnóstico y tratamiento de dicha patología es complejo ya que no existe ninguna prueba diagnóstica definitiva ni está claro en la literatura cuál es el tratamiento de elección. Esta complicación cursa con dolor desproporcionado en el miembro afectado, edema e inflamación importante, impotencia funcional y rigidez de todo el miembro afectado. Esta complicación es la responsable de la sintomatología padecida por la reclamante en el postoperatorio y no la técnica quirúrgica utilizada. Entre las opciones terapéuticas se incluye la medicación neuromoduladora (gabapentina y pregabalina), la rehabilitación intensiva, procedimientos para alivio del dolor (como el bloqueo del ganglio estrellado) y existiendo una gran variedad de opciones quirúrgicas (liberación del túnel del carpo, tenolisis, artrolisis...) con una amplia variedad de resultados. Todos estos tratamientos consiguen habitualmente un alivio parcial de los

síntomas, con mejoría del dolor y la rigidez, pero es excepcional que se consiga una resolución completa de la sintomatología del paciente. El riesgo de sufrir de nuevo síndrome de dolor regional complejo en un nuevo procedimiento realizado en esa mano o en la contralateral es muy elevado una vez que ya se ha padecido previamente”.

Igualmente se relacionan en el documento de consentimiento informado. Por su parte, el informe del servicio implicado también alude a los mismos riesgos, que son inherentes tanto a la operación de trapectomía como de escafoidectomía:

“La artrosis de muñeca cursa habitualmente con dolor, pérdida de fuerza e impotencia funcional en el miembro afectado. Normalmente hay varias articulaciones afectadas en la sintomatología (entre ellas la trapeziometacarpiana y la escafotrapezioescafoidea). En los casos en los que hay varias articulaciones afectadas es difícil valorar únicamente con pruebas de imagen el componente individual que cada una de ellas aporta a la sintomatología global del paciente.

Las opciones terapéuticas de dicha patología son múltiples en la literatura y se dividen en 2 grandes grupos. Las que abogan por la resección de los huesos implicados en dichas articulaciones (trapectomía, escafoidectomía) y la reconstrucción de las mismas (artroplastia de suspensión, interposición, sustitución) intentan conseguir una mejor movilidad. Las técnicas que buscan la fusión de la articulación afectada (artrodesis) buscan mejorar el dolor a expensas de una pérdida de movilidad.

Los riesgos de dichas intervenciones son múltiples (hemorragia, infección, alteraciones en la cicatrización, alteraciones en la sensibilidad, alteraciones en la movilidad, artrosis de otras articulaciones). Entre estas complicaciones está el síndrome de dolor regional complejo. También es posible que con cualquiera de las intervenciones realizadas no sea posible recuperar de forma completa

las limitaciones funcionales preoperatorias o que no se consiga resolver completamente el dolor”.

Por ello, podemos entender que las secuelas que padece la reclamante son propias de cualquier cirugía de la mano, sin que, a estos efectos, resulte relevante que se haya practicado una trapecectomía o una escafoidectomía.

Sentado lo anterior, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la asistencia médica prestada 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 la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 20 de noviembre de 2025 (recurso 1031/2023), *“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”*.

En definitiva, según resulta de la documentación que obra en el expediente, y en particular, del informe de la Inspección Sanitaria, cabe concluir que la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario La Paz, a la paciente, se ajustó a los protocolos y guías de aplicación en función de la sintomatología del paciente. Por ello, entendemos que fue correcta la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis ad hoc* en la actuación del Hospital Universitario La Paz.

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 febrero de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 108/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid