



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 272/2016

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de septiembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 244/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 3 de septiembre de 2012 por (...), en el que reclama daños y perjuicios por la asistencia sanitaria recibida por el Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (11.656,55 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva. La reclamación se presentó dentro del plazo de un año que fija el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo que no es extemporánea.

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

4. El órgano competente para resolver es el Director del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado, inverosímilmente, en 4 años. No obstante ello, esta dilación indebida no impide que se dicte resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, con las consecuencias administrativas y aun económicas que correspondan en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 42.7, 43.1 y 4) y 141.3 de la misma ley.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo del asunto. En efecto, la omisión de un segundo trámite de audiencia sobre un posterior informe del Servicio de Informes y Prestaciones se justifica en la Propuesta de Resolución, además de evitar (mayores) dilaciones en el tiempo, en que, al amparo del art. 84.4 LRJAP-PAC, no hay otros hechos, alegaciones y pruebas que las ya obrantes en el expediente, limitándose dicho informe del Servicio de Inspección y Prestaciones a corroborar lo expuesto en el primero.

II

1. La reclamante funda su reclamación en el siguiente relato fáctico:

- En diciembre de 2010, fue operada de la rodilla derecha, y en la intervención, además de la lesión principal, se constató una rotura parcial del ligamento cruzado anterior, por lo que solicitó cita con el traumatólogo a los efectos de obtener una segunda opinión al respecto y tratar de evitar nuevas intervenciones.

- El 6 de octubre de 2011, le dan cita con el Dr. (...) quien la explora, y a la vez que le comenta que en su opinión era totalmente estable, aumenta la fuerza al tirar, lo que le produjo un desplazamiento de la camilla.

- Al tirar con fuerza, le produjo un intenso dolor y se lo comentó, teniendo por respuesta que lo que padece «es un problema mental, y en consecuencia no le valen ni los informes que le aporta ya que van contra su criterio profesional». Haciendo caso omiso a los dolores que me producía, la remite a una Rx y le prescribe *Condrosan*.

- Salió de la consulta sin poder apoyar el pie y cuando llegó a su domicilio la rodilla estaba muy inflamada por lo que se puso hielo, pero a la vista de que la inflamación y que los dolores iban *in crescendo*, tuvo que acudir a Urgencias, donde se le diagnostica un trauma en la rodilla derecha, se le hacen unas curas, se le inmoviliza la rodilla y se prescribe nuevo tratamiento, caminar con muletas y valoración posterior por el traumatólogo.

- A la vista de la situación, debe suspender la rehabilitación que venía recibiendo y, en consecuencia, perder el derecho e iniciar nuevamente todos los trámites cuando se recupere, lo que supone un menoscabo en su salud, de difícil reparación.

- Por lo anterior, solicita una indemnización de 11.656,55 € por responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

2. El informe de 7 de marzo de 2016, del Servicio de Inspección y Prestaciones, con base en la documentación médica obrante en el expediente, constituido por el historial de la interesada y por los informes emitidos por los Servicios que participaron en la atención sanitaria prestada a la interesada, relata los hechos relevantes de la siguiente manera:

«1.-Mujer de 28 años de edad con los siguientes antecedentes personales de interés, según consta en la historia clínica de Atención Primaria: operada dedo en resorte en 5º dedo mano derecha. Con molestias en cicatriz palmar. Diagnóstico de Dupuytren mano derecha. Ganglión dorso mano izquierda. Ya en septiembre de 2009 aporta informes de traumatólogo privado y del SCS, y estudios neurofisiológicos de rodillas por las subluxaciones recidivantes de las mismas sobre todo la izquierda. Vista por Traumatología se aconseja fisioterapia con órtesis de control de la rodilla.

En enero del 2010 el médico de familia escribe en historia clínica: paciente con antecedentes personales de condropatía rotuliana bilateral, subluxación de rodilla izda. de 1 año de evolución, le ha visto el traumatólogo de zona, y pauta ejercicios, sin mejoría. Ahora

comienza con episodios de dolor en rodilla derecha; en la flexo extensión conservada, no ocupación articular, no patología ósea. Se le pauta en urgencias ibuprofeno cada ocho horas, con evolución negativa. Continúa con dolor e inflamación. Se deriva a Traumatología. En marzo de 2010, el diagnóstico es de condromalacia rotuliana.

2.-Según consta en Informe del HUC, la paciente fue operada de luxación de rótula izquierda en mayo de 2010 en (...) con medios ajenos al SCS.

En octubre de 2010, solicita reconocimiento de discapacidad a petición propia (*sic*).

En octubre 2010, mejoría tras cirugía de mayo. Contractura de trapecios y esplenios desde hace 1 año por actitud postural viciosa.

Con fecha 1 de diciembre de 2010, la paciente hace ingreso programado en USP Costa Adeje para artroscopia de rodilla derecha por gonalgia de larga evolución, bajo cobertura ajena al SCS.

A la exploración física: maniobras rotulianas de cepillo y Zöhlen crepitantes y dolorosas. Estable al varo-valgo y Lachman y cajones negativos. Maniobras meniscales negativas. Diagnóstico artroscopia.

Bajo anestesia se realiza artroscopia, detectándose: subluxación lateral de la rótula. Rotura parcial de ligamento cruzado anterior (LCA). Condropatía fémoro-patelar.

Procedimientos quirúrgicos: Liberación de aleta rotuliana derecha. Shaving condral.

El día 24 de diciembre de 2010 se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) de rodilla derecha en Hospital Santa Cruz.

Siendo los hallazgos, según Dr. (...): cambios morfológicos y de señal postartroscopia en retináculo patelar/grasa de Hoffman. Ligamentos cruzados de correcta alineación, morfología y señal de resonancia. Meniscos sin signos de rotura o desinserción. Ligamentos laterales y aparato tendinoso extensor sin signos de patología aguda. Condropatía patelar leve. No alteraciones en hueso subcondral. No hay ocupación patológica del hueco poplíteo.

Según Informe de (...), Director Médico de la Clínica (...), el día 14 de junio de 2011 la paciente es valorada por el Servicio de Urgencias, por presentar dolor en ambas rodillas ("Gonalgia bilateral en rodillas postoperadas"), Tras haber sido operada de ambas rodillas en distintos tiempos. Acude porque le duelen y dice que la cita con el traumatólogo se la dan en una semana. Dice que está tomando *Enantyum* y *Zaldiar*. Tras prescribir *Inzitan*, se le recomienda acudir a consulta de traumatología para valoración.

El día 21 de junio de 2011, es tratada en la consulta de traumatología privada por la Dra. (...), que aprecia luxación recidivante de rótula.

Intervenida en mayo de 2010 de alerotomía externa artroscópica y derecha en diciembre 2010 alerotomía externa artroscópica.

Refiere episodios de pérdida de fuerza y bloqueos en rodilla derecha. Exploración: Zohlen +. cepillo +. No ocupación articular. Maniobras meniscales.

Cajón anterior +. Lachman y Pivot Shift. Y se solicita RMN rodilla derecha.

El día 4 de julio de 2011, se realiza nueva RMN de rodilla derecha, esta vez en (...), siendo el Comentario del Dr. (...): "Ambos meniscos presentan configuración normal con cambios en la señal en cuerno posterior del menisco interno de aspecto degenerativo. Los ligamentos cruzados anterior y posterior muestran morfología, trayecto e intensidad de señal normal en todas las secuencias empleadas. No se observan lesiones a nivel tendones del cuádriceps y rotuliano como así tampoco a nivel de los ligamentos colaterales. La rótula se ubica en posición normal con cartílago de grosor y señal normal y el espacio fémoro patelar está conservado. Se observa plica sinovial superomedial. No derrame articular. No alteraciones musculares ni vasculares".

El día 19 de julio de 2011 es vista de nuevo en la consulta de (...) por la Dra. (...), observando que en la RMN hay cambios degenerativos en cuerno posterior menisco interno. Los ligamentos cruzado anterior y posterior están íntegros. Resto normal.

A pesar del informe de la artroscopia de rodilla (2 de diciembre de 2010) que informa de rotura fascicular de LCA, ni la exploración física ni la RMN lo confirman. Remite a la paciente a rehabilitación para potenciación del cuádriceps.

Con fecha 27 de septiembre de 2011 la paciente es remitida por su médico de familia, con carácter preferente, a interconsulta de Traumatología por referir Inestabilidad de la pierna derecha yéndose la pierna hacia atrás. Está en rehabilitación.

3.-Con fecha 6 de octubre de 2011, la paciente fue atendida en la consulta del Dr. (...), facultativo adscrito al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del C.A.E. de La Laguna, quien realiza anamnesis y recopilación de datos:

En su informe manifiesta: "Tenemos sensación de inestabilidad tras proceso quirúrgico de inestabilidad de rótula derecha, en el que le aprecian una rotura parcial del LCA y que para su recuperación está en tratamiento rehabilitador".

Por otro lado, la paciente aporta dos informes posteriores de RMN de rodilla (fechas 24 de diciembre de 2010 y 4 de julio de 2011), en que habla de indemnidad de ligamentos.

Exploración física: en la que manifiesta dolor a la opresión de la rótula. Por tanto, dolor fémoro patelar y al no apreciar laxitud ligamentosa, se realizan maniobras exploratorias de cajón anterior y maniobra de Lachman para lo que precisa tracción anterior de la tibia de la paciente. Estas maniobras son las indicadas para la exploración del LCA. Y consisten en: TEST DE LACHMAN: La paciente se coloca en decúbito supino con la pierna relajada y la rodilla flexionada a 20º, el explorador sujetará con una mano el extremo distal y con la otra el proximal de la tibia a nivel del hueco poplíteo, esta mano empujará hacia delante. Si

encontramos resistencia el ligamento se encuentra íntegro o roto parcialmente, si está roto el topees menos rígido.

Test de Lachman en decúbito prono: se realizará en esta posición si el explorador tiene las manos muy pequeñas o el paciente las piernas muy voluminosas. Flexionará la rodilla a 30° y el examinador colocará ambas manos sobre la porción craneal de la tibia colocando los pulgares sobre el hueco poplíteo y los otros dedos en la cara anterior. Entonces se realizará la prueba obteniendo los mismos resultados que en el test de Lachman anterior.

CAJÓN ANTERIOR: Esta prueba indicará lesión en el ligamento cruzado anterior. El paciente se situará en supino con rodilla y cadera flexionadas y pie apoyado en la mesa de exploración con rotación neutra. El explorador se sentará sobre el pie del paciente y colocará ambos pulgares sobre el borde anterior de la tibia en su extremidad cefálica y el resto de los dedos en el hueco poplíteo. Traccionaremos de la tibia hacia delante, si se produce un tope duro al final de la maniobra el ligamento estará indemne, pero si se produce un tope blando y sin resistencia existirá lesión del ligamento cruzado anterior. Existen dos modalidades dentro de la prueba del cajón anterior y son las siguientes:

- Cajón anterior en rotación externa: es exactamente igual que la anterior pero la tibia se encuentra con rotación externa de 30° y servirá para demostrar la existencia de la rotura del ligamento cruzado anterior y el punto posterointerno de la cápsula.

- Cajón anterior con rotación interna: igual que las dos anteriores pero la tibia se encuentra en rotación interna. Aquí se demuestra la lesión del ligamento cruzado anterior y el punto del ángulo posteroexterno de la cápsula.

Se solicita radiografía: antero posterior, lateral y axial de rodilla y rótula derecha, para valorar a la alineación del eje fémoro patelar.

Se pauta condroprotector y continuar tratamiento rehabilitador, y se cita a la paciente para control evolutivo el día 15 de noviembre de 2011 al que no acudió.

4.- El día 6 de octubre de 2011 a las 17:37 horas, acude a Urgencias de la (...) refiriendo que sufrió trauma en rodilla derecha, tiene dolor y dificultad para caminar.

A la exploración, dolor ligero a los movimientos pasivos y activos de la articulación. Test de McMurray+.

Con el diagnóstico de traumatismo de rótula derecha se trata mediante vendaje tensoplast rótula derecha, *Enantyum* cada 8 horas durante 5 días y reposo pie elevado y valoración por traumatólogo.

El día 10 de octubre de 2011 acude a consulta de COT de (...), con la Dra. (...), quien aprecia en anamnesis y exploración "Exploración: Anodina. No cajón anterior, no ocupación. Se solicita RMN de rodilla derecha".

El día 14 de octubre de 2011 se realiza RMN de rodilla derecha en (...) que concluye:

- Alteración morfológica post-quirúrgica en el menisco interno con meniscopatía grado II intrasustancia en el cuerno posterior.

- Mínima condromalacia patelar incipiente.

- Signos sugestivos de discreto desgarro parcial fibrilar crónico.

En septiembre de 2011 la paciente inicia tratamiento de rehabilitación por condropatía y condromalacia rotuliana.

Actualmente en rehabilitación presenta inestabilidad de la pierna derecha yéndose la pierna hacia atrás.

El día 3 de noviembre de 2011, según Informe de Traumatología de la Clínica (...), refiere imposible la marcha sin muletas. Rango de movimiento limitado en flexión. Dolor a la palpación de interlínea interna. McMurray positivo por menisco interno. Parcial inestabilidad anterior por lesión del LCA. Lachman negativo. Aporta RMN que indica: Rotura del Menisco Interno y lesión parcial del (LCA) ligamento cruzado anterior. El traumatólogo indica y explica el tratamiento quirúrgico de ligamentoplastia y regularización meniscal. Se programa cirugía para el día 8 de noviembre de 2011.

Ese día la paciente ingresa programada en la Clínica T. para reconstrucción del LCA de la rodilla derecha y meniscopatía. Procediéndose con la cirugía a: Reconstrucción de LCA con STG y reconstrucción meniscal interna de la rodilla derecha.

Todas estas intervenciones quirúrgicas han sido realizadas por seguros privados y en centros ajenos al SCS.

En febrero de 2012 empieza la rehabilitación por la Seguridad Social. Refiere episodios de tumefacción y ocupación de líquido intraarticular por lo cual suspendió la rehabilitación.

El día 5 de marzo de 2012 es vista de nuevo en la consulta de COT con el Dr. (...) por problemas en ambas manos, dado que habitualmente es tratada por la Dra. (...) la envía a su consulta.

Es vista en consulta de COT por la Dra. (...), que diagnostica dedo en resorte bilateral, el derecho recidivante tras cirugía hace 8 años.

Ahora en rehabilitación por cirugía de LCA y con muletas.

El 21 de marzo de 2012 acude de nuevo a Urgencias por presentar contusión en mano izquierda hace 3 días, atendida en Urgencias (hecha RX), le diagnostican capsulitis 1º dedo y le inmovilizan con férula digital y vendaje. Refiere dolor en muñeca y 5º dedo. Muñeca y 5º dedo normal. Dolor a la movilización de 1º dedo sin tumefacción. Con el diagnóstico de capsulitis traumática del 1º dedo, se trata mediante vendaje *Tensoplast*. Se recomienda mantener vendaje 48 horas más, reposo relativo. Frío local e ibuprofeno si dolor. Si persiste con molestias, solicitar consulta de traumatología.

El día 22 de marzo de 2012 es valorada en Servicio de Traumatología de la Clínica T.: No tumefacción, arco de movimiento 0-90 grados. Sin embargo la maniobra de Lachman y del cajón anterior, resulta negativa. Rodilla perfectamente estable. Hipotonotrofismo muscular de cuádriceps. Refiere molestias a la palpación del ligamento alar externo de la rótula.

Indica suspender rehabilitación, y seguir auto rehabilitación. Natación. Próximo control en dos meses si no complicaciones para posible alta.

El día 26 de marzo de 2012 va a la consulta de traumatología con el Dr. (...).

Ahora acude por dolor en mano izquierda tras hiperextensión del pulgar, impresiona de capsulitis, hay hiperlaxitud de base.

El día 8 de mayo de 2012 se realiza gammagrafía ósea en Servicio de Medicina Nuclear de (...), como resumen:

Hallazgos sugestivos de patología osteoarticular benigna.

A valorar en su contexto clínico la posibilidad de un cuadro de Dolor Complejo Regional (SDRC) en la extremidad inferior derecha.

El informe termina con las siguientes conclusiones:

1. Las actuaciones diagnósticas y terapéuticas realizadas sobre las articulaciones de ambas rodillas de la paciente se han llevado a cabo por parte de entidades ajenas al SCS a cargo de aseguradora A., salvo la interconsulta del día 6 de octubre de 2011.

2.- En cuanto a la reclamación que hace la paciente en relación a la única atención del Dr. (...) Facultativo adscrito al C.O.T. del C.A.E. La Laguna el día 6 de octubre de 2011, a la vista de los informes clínicos que constan en el expediente, no se justifica los hechos reclamados, pasando a continuación a sustentar los mismos:

a.- En esa fecha y previo a la exploración objeto de la reclamación, la paciente se había realizado una artroscopia de rodilla derecha por gonalgia de larga evolución donde se objetiva: Subluxación lateral de rótula. Rotura parcial de ligamento cruzado anterior, (que no intervienen); condropatía fémoro-patelar. Se intervino en esa actuación de liberación de aleta rótula derecha y Shaving condral

b. El día 6 de octubre de 2011, la paciente acude en una única ocasión al Dr. (...) para obtener una segunda opinión a fin de evitar nuevas reintervenciones en dicha rodilla, rotura parcial del LCA, no operada en ese momento, y por los problemas que continua aquejando en dicha rodilla derecha.

A la exploración física se aprecia dolor a la opresión de la rótula (dolor fémoro-patelar). No se aprecia laxitud ligamentosa según consta en hoja historia clínica. Por ello hay que realizar unas maniobras exploratorias, indicadas según guías y protocolos de Traumatología para valorar rotura de LCA siendo estas pruebas el Cajón Anterior y la Prueba de Lachman.

El Dr. (...) en su informe refiere: "Teniendo en cuenta la intervención previa de la paciente, que el motivo principal de la misma fue por luxación de rótula y habiendo dolor retropatelar a la exploración, consideré conveniente realizar estudio radiológico AP-L y axial rodilla rótula, para valorar la alineación del eje fémoro-patelar, considerando lógico la continuidad de tratamiento rehabilitador y añadiendo un condroprotector (*Condrosan*)".

c.- El mismo día 6 de octubre de 2011 a las 17.37 horas, la paciente acude a la (...) refiriendo que sufrió un trauma en rodilla derecha, que tiene dolor y dificultad al caminar.

A la exploración física: dolor ligero a los movimientos pasivos y activos de la articulación, Test de McMurray positivo (Prueba de McMurray para detectar lesión meniscal). Se le solicita una radiografía de rótula.

Impresión diagnóstica: trauma de rótula derecha.

Recomendaciones y destino: Vendaje *Tensoplast* rótula derecha. Analgésicos cada 8 horas. Reposo pie elevado y control por Traumatología.

d.- Cuando la paciente acude el día 10 de octubre de 2011 a control de Traumatología a la exploración física: Exploración anodina. No cajón anterior. No ocupación. RMN de rodilla que realiza en resonancia abierta. Donde se Informa: Signos sugestivos de discreto desgarro parcial fibrilar crónico. Mínima condromalacia patelar incipiente.

Alteraciones morfológicas post-quirúrgicas en el menisco interno con meniscopatía grado II intrasustancia en el cuerno posterior.

A la luz de los informes clínicos y valorando la sintomatología clínica manifestada por la paciente, las maniobras de exploración física realizadas así como la RMN, podemos afirmar y concluir que, si bien la paciente refiere haber sufrido un traumatismo en rodilla derecha el día 6 de octubre de 2011, entendemos que éste no es imputable ni guarda relación con las maniobras de la exploración física realizadas ese mismo día por el Dr. (...) y nos apoyamos en que:

- 1) La lesión de rotura parcial de LCA ya existía previa a la exploración física.
- 2) La sintomatología de inestabilidad de rodilla también la manifestaba previamente.
- 3) Las maniobras realizadas, Lachman y cajón anterior, no justifican un traumatismo de rótula pues se realizan con la paciente en decúbito, con rodilla flexionada y consisten en tracción anterior.
- 4) La exploración del médico de Urgencias del día 6 por la tarde se fundamenta en traumatismo de rótula derecha. Se pide radiografía de rótula. Con test de McMurray positivo que explora el menisco y puede ir en consonancia con un traumatismo de rótula que no descartamos que la paciente pudiera sufrir en el intervalo previo a la consulta.

3. Por tanto, considera que en la actuación médica del Dr. (...) no existió mala praxis médica, pues la actuación del traumatólogo se limitó a una única valoración y exploración de la paciente, con solicitud de pruebas complementarias que ésta no realizó y en consecuencia no dan la oportunidad de volver a valorar.

Que en dicha exploración física realizada no se justifica ni el desplazamiento, ni el traumatismo que refiere la paciente también en hueso de la rótula.

Que la intervención quirúrgica a la que fue sometida la paciente posteriormente (7 de noviembre de 2011) en Clínica privada, fue debida a la inestabilidad que ya la paciente manifestaba antes de la visita a la consulta el día 6 de octubre, y que posteriormente tuvieron su evolución y consecuencias.

Además como manifiesta el Dr. (...) en su informe: "Si después de todo el proceso la paciente fue sometida a una intervención quirúrgica el día (08-11-20 11) que requirió de reconstrucción del LCA y regularización del menisco, entiendo que se llegó a la conclusión de plantear la misma, tras valorar la evolución de la paciente, por seguir aquejando "inestabilidad de la rodilla" y teniendo en cuenta el informe quirúrgico previo en que habla de rotura parcial de ligamento.

Entonces ante todo ello deciden realizar nueva artroscopia exploratoria y quirúrgica, donde informan de la reconstrucción del mismo y no de plastia ligamentosa, por tanto no se si llegó a haber rotura completa, que hubiera precisado plastia, o bien deshilachamiento o rotura parcial, que va más acorde con la estabilidad de la rodilla que yo aprecié en la exploración física el día 6 de octubre".

4.- Se añade, en otro orden de cosas, que viendo la evolución clínica de la paciente en el tiempo el día 8 de mayo de 2011 realizada gammagrafía ósea se informa: "A valorar en su contexto clínico la posibilidad de un cuadro de Dolor Complejo Regional (SDRC) en la extremidad inferior derecha", lo cual podría justificar la sintomatología que aqueja la paciente.

5. Por todo ello, entiende que no procede el cálculo de la indemnización a la paciente al entender que las actuaciones han sido realizadas según la *lex artis ad hoc*.

III

La interesada, en el preceptivo trámite de audiencia, alega que se reiteran las manifestaciones realizadas en el presente procedimiento, «ratificándonos» en las mismas.

Añade que, a la vista del expediente y, en especial, de los informes emitidos por el Dr. (...) y el Servicio de Inspección y Prestación, manifiesta disconformidad con los mismos, por los motivos que se exponen a continuación.

- La interesada, sólo unas pocas horas de ser atendida en la consulta por la que aquí se reclama fue diagnosticada de trauma de rótula derecha, como bien es reconocido por el Dr. (...) en su informe, sin que tenga relevancia aquí la suspensión o no del tratamiento fisioterápico, pues el asunto que nos ocupa es que se abandonó la consulta con una nueva lesión que no existía anteriormente.

Como bien refleja el informe del Servicio de Prestación e Inspección, a la paciente ya se le habían practicado con anterioridad el test de Lachman y cajón anterior, al menos en dos ocasiones, con resultados diversos: negativo (en fecha 1 de diciembre de 2010, en USP Costa Adeje), Lachman y Pivot Shift y cajón anterior+ (en fecha 21 de junio de 2011), por lo que podemos concluir que la paciente, al momento de someterse a la consulta por cuyo resultado aquí se reclama, conocía perfectamente el procedimiento y el dolor normal, si lo hubiera, al realizar estas maniobras.

Como bien se recoge en los informes obrantes en el expediente, si en esa exploración física ya manifiesta dolor a la opresión de la rótula, lo lógico es que las sucesivas maniobras sean realizadas con cierta cautela. Los informes emitidos se limitan a negar que se produjera el exceso de fuerza que provocó el desplazamiento de la camilla que se refiere, pero la paciente afirma que al tirar con fuerza se le produjo un intenso dolor que fue comunicado al facultativo e ignorado por éste; quizás, con el mismo parecer que lleva a atribuir este dolor al síndrome de dolor regional complejo, el cual ahora abordaremos.

Resulta sorprendente, pues, que por el Servicio de Inspección se venga a afirmar que las maniobras realizadas de Lachman y cajón anterior no justifican un traumatismo de rótula puesto que lo cierto es que no lo justifican siempre y cuando sean realizadas de manera correcta y teniendo en cuenta el dolor padecido por el paciente, puesto que, reiteramos, la desafortunada realidad es que, tras esta consulta, a la que se acudió para evitar posterior cirugía, se tuvo que realizar un tratamiento de ligamentoplastia y regularización meniscal que no había sido necesario hasta entonces.

- En la misma línea, no puede sino considerarse desconcertante la siguiente afirmación: «La exploración del médico de Urgencias del día 6 por la tarde se fundamenta en traumatismo de rótula derecha. Se pide radiografía de rótula. Con test de McMurray positivo que explora el menisco y puede ir en consonancia con un

traumatismo de rótula que no descartamos que la paciente pudiera sufrir en el intervalo previo a la consulta».

Reconociendo, como hace el diagnóstico emitido por los facultativos de la C.P., la existencia de tal traumatismo, carece de toda lógica afirmar que la paciente lo sufriera en el intervalo previo a la consulta.

Finalmente, no puede aceptarse que se atribuya la sintomatología de la paciente al cuadro de dolor complejo regional (SDRC) que pudiera padecer. Según la definición que del mismo se da en el propio informe de Inspección, se trata de «una enfermedad osteomuscular crónica que tiene curso clínico prolongado en el tiempo y que se caracteriza por dolor intenso urente espontáneo o a la palpación, con sensación de quemazón generalmente en la parte distal de una extremidad. Se acompaña de hipersensibilidad (la piel de la zona afectada puede ser extremadamente sensible al tacto y a las temperaturas calientes o frías), con signos y síntomas anormales de inestabilidad vasomotora (sudoración profusa y aumento del calor local), cambios tróficos (del crecimiento) de la piel y desmineralización ósea de desarrollo rápido, que exceden en magnitud y duración al curso clínico esperado, de la patología inicial». Se añade también que puede ocurrir sin lesión aparente; pero lo cierto es que en ningún momento habla de que cause lesiones, ni que empeore lesiones anteriores. De esta manera, este cuadro difícilmente podría haber ocasionado un traumatismo.

Lo cierto es que las resonancias magnéticas hasta julio de 2011 presentaban integridad de ligamentos, con independencia de que en la artroscopia realizada en diciembre de 2010 (prácticamente un año antes de la consulta por la que aquí se reclama) mostrase una rotura parcial del ligamento cruzado anterior. No es hasta las pruebas practicadas en noviembre del año 2011 cuando la citada rotura comienza a reflejarse en las resonancias magnéticas, por lo que podemos entender que la lesión se agravó por las maniobras efectuadas, no aceptando la teoría de que exista cualquier otra causa por la que la interesada, en el intervalo previo a la consulta, pudiera haber sufrido el traumatismo referido.

IV

De lo contenido en el expediente, la interesada reclama por los daños sufridos en la consulta de un facultativo del Servicio Canario de la Salud como consecuencia de unas técnicas exploratorias (cajón anterior y prueba de Lachman).

Uno de los requisitos esenciales para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios públicos estriba, según el art. 139.2 LRJAP-PAC, en la existencia de un daño real y efectivo. Sin la prueba cumplida de este extremo, de hecho es imposible el nacimiento de la obligación de indemnizar porque no hay perjuicio que resarcir.

En el presente caso no hay daño real, pues está acreditado que no hubo rotura de rótula (la reclamante se refiere a trauma de rótula derecha que, como impresión diagnóstica, aparece en el parte de urgencia de la Clínica (...)) (folio 7 del expediente) a la que acudió el día 6 de octubre de 2011, pero tal diagnóstico no es confirmado por RMN realizada el 14 de octubre siguiente (folio 14).

Está acreditado que la asistencia sanitaria que se le prestó en dependencias de Servicio Canario de la Salud fue correcta (no hay mínima prueba en contrario), porque de la realización de esas técnicas no es posible provocar rotura de rótula. El dolor que refiere o es propio de la patología que sufría (gonalgia bilateral en rodillas postoperadas en varias ocasiones por alerotomía externa artroscópica) o no se objetiva mediante los exámenes y pruebas médicas realizadas. Este dolor, en caso de que se hubiera probado su concurrencia objetiva, no sería una consecuencia de la asistencia médica prestada, sino una secuela inevitable de la lesión que venía padeciendo, por lo que no podría ser calificado como causado por dicha asistencia. Sin relación de causa a efecto entre aquél y ésta, tampoco podría imputarse al funcionamiento del servicio público de salud.

Como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver por todos el reciente DCCC 238/2016), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria.

Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts. 3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, art. 6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP).

Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a éstas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC).

No hay en el expediente indicio alguno de que el daño (dolor en la rodilla, ya que no está acreditada la rotura de rótula), de haber existido, se deba a la asistencia prestada por el facultativo del Servicio Canario de la Salud el día 6 de octubre de 2011.

Sin infracción de la *lex artis ad hoc*, no puede surgir la obligación de indemnizar por los daños alegados, conforme establece la reiterada doctrina jurisprudencial de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expuesta en el DCCC 238/2016, al que nos remitimos para evitar reiteraciones ociosas.

Es menester recordar al respecto que, conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*, puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón, no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

En el presente caso, la reclamante recibió una asistencia correcta sin que esté acreditado que los supuestos daños fueran consecuencia de esa asistencia, cuyas técnicas exploratorias fueron aplicadas conforme a *lex artis*; sin que, en ningún caso, pudieran producir una rotura de rótula que no se produjo. Además, en los meses siguientes a los hechos por los que se reclama la reclamante ha seguido padeciendo patologías traumatológicas por las que sigue recibiendo asistencia (se refieren hallazgos sugestivos de patología osteoarticular benigna).

Sobre el particular, una explicación plausible, que ya se ha señalado en el expediente, es la posibilidad de que la interesada haya padecido un cuadro de dolor complejo regional (SDRC) en la extremidad inferior derecha, lo cual podría justificar la sintomatología que aquejaba a la paciente.

Por ello, es conforme a Derecho que la Propuesta de Resolución desestime la pretensión resarcitoria al no darse la necesaria relación de causa a efecto entre las supuestas lesiones por las que reclama y la asistencia recibida para que prospere la reclamación por responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que se dictamina, desestimatoria de la reclamación patrimonial, se considera conforme a Derecho.