



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 6 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 20 de abril de 2017.

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. 96/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por (...) en solicitud de una indemnización de 75.000 euros por las lesiones que, según alega, le causó la asistencia sanitaria prestada por los facultativos de los Servicios de Urgencias y de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura (HGF), dependiente del SCS.

2. La cuantía de la indemnización solicitada 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), la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. 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.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, según el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Asimismo son de aplicación, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP), y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima LPACAP, el presente procedimiento se rige por el 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. Conforme al art. 13.3 RPAPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado; sin embargo esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración, aun vencido dicho plazo, está obligada a resolver expresamente, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.4 y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan.

Así, consta en el expediente que, tras cumplir el interesado el requerimiento para subsanación, la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular el

preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) y que está representado por los informes de los Servicios de Urgencias, de Traumatología y de Rehabilitación del HGF.

También se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, para que a la vista de la Historias Clínica de la paciente, del escrito de reclamación y de los informes médicos emitidos, analizara la existencia o no de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada al paciente y las lesiones que se aducen.

Por parte del órgano instructor, en período probatorio, se acordó admitir la documental propuesta por la reclamante con el resultado que obra en las actuaciones, y la documental propuesta por la Administración.

Finalizada la instrucción del procedimiento se abrió el preceptivo trámite de vista del expediente y audiencia, lo que se notificó al reclamante, que no presentó alegaciones.

Se redactó por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio de la reclamación, que fue sometida a informe a la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias (aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero). El 23 de febrero de 2017 se emitió este informe que consideró la Propuesta de Resolución conforme a Derecho.

En definitiva, no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obstenen un Dictamen de fondo.

II

1. El reclamante fundamenta su pretensión en los siguientes hechos:

- El 6 de marzo de 2013 se cayó desde el tejado de su casa. Horas después de su caída llegaron los vecinos, los cuales llamaron a una ambulancia y a la Guardia Civil. Lo trasladaron al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura donde ingresó con la mano partida, cinco costillas rotas y, asimismo, cinco dientes rotos. El 11 de marzo del 2013, con una demora de cinco días, lo operaron de la fractura de la mano. En esa intervención le pusieron dos agujas, una a cada lado de la muñeca. Semanas después, cuando le fueron a retirar las agujas, una había desaparecido, lo

cual obligó a que lo reintervinieran para extraerla. Estuvo noventa días con el brazo inmovilizado con una férula de yeso. Después de la retirada de la férula inició la rehabilitación con mucho dolor en la mano, sin poder moverla y con dos fracturas in consolidables. Como sufría mucho dolor en la mano, tornaron a operarlo el 9 de diciembre de 2014. Después de esta operación desapareció el dolor, pero le quedaron secuelas bastantes en la mano que lo incapacitan para su oficio de cocinero. Después de casi dos años de rehabilitación sigue estando incapacitado para trabajar por esas secuelas cuyo origen atribuye a la negligencia médica del cirujano que le realizó las dos primeras intervenciones quirúrgicas en la muñeca.

2. Solicita 75.000 euros de indemnización.

3. El reclamante no ha propuesto ni aportado prueba dirigida a demostrar:

a) La existencia, naturaleza y alcance de esas secuelas.

b) Que una de las causas de esas secuelas sea la demora en intervenirle de la fractura.

c) En qué consistió la negligencia profesional del cirujano que le realizó la primera intervención y cuál debió ser la actuación médica correcta.

d) Que la alegada negligencia profesional del cirujano es la otra causa de las secuelas por las que reclama.

4. A solicitud del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, el 20 de enero de 2016, el Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura emitió informe sobre la asistencia sanitaria prestada al reclamante el 3 de marzo de 2013 y lo acompañó de la copia de una publicación científica intitulada «Traumatismos Torácicos» y de la copia del «Protocolo de Atención Inicial al Paciente Politraumatizado», correspondiente a los «Protocolos de Urgencias y Emergencias más frecuentes en el Adulto» incluidos en la publicación oficial «Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias».

5. Este informe expresa lo siguiente:

«1) En el Área de Exploración al paciente se le realizó el Triage a las 07:59 horas, a las 08:28 tras valoración del médico de Urgencias, se constata "Fractura luxaciones de incisivos con HIC [herida inciso-contusa] en mentón, deformidad dolorosa de la muñeca dcha. y excoriaciones en rodillas. Dolor a la palpación sobre costados sin crepitación". A las 08:31 horas se realizan las peticiones de pruebas radiológicas: Radiografías de abdomen, cráneo, tórax, senos paranasales y muñeca. A las 08:33 horas las peticiones de analítica de sangre y orina, al mismo tiempo que se canaliza una vía venosa en miembro superior izquierdo y se

realiza sondaje vesical. A las 10:37 se solicita el TAC toraco-abdominal. A las 12:02 se coloca férula de yeso. Y a las 12:11 horas con un diagnóstico de "Paciente politraumatizado con fracturas de muñeca derecha, tres arcos costales derechos y dos arcos costales izquierdos" se interconsulta con el Servicio de Cirugía, encargados en este Hospital de la patología torácica que en este caso es la prioritaria por sus posibles complicaciones, quien decide su ingreso y tras su estabilización lo pasan al Servicio de Traumatología.

2) En el Área de Observación y mientras ingresa en Planta de Cirugía. A su llegada a las 12:23 horas se monitoriza y se toman constantes. A las 13:05 horas se le canaliza nueva vía venosa en el miembro superior izquierdo y se le toman constantes, a las 3:20 horas se le realiza EKG, a las 13:30 horas se le inicia el tratamiento pautado. A las 19:30 horas el paciente se traslada a la Planta de Cirugía.

Viendo lo anteriormente detallado observamos que en todo momento se actuó según los protocolos de Paciente Politraumatizado en urgencias:

1. Realizar una anamnesis y exploración detalladas.

2. Descartar patología grave mediante la detección de signos sistémicos de alarma, identificar un diagnóstico previa realización de una serie de diagnósticos diferenciales y pruebas complementarias adecuadas.

3. Dar un tratamiento en el que puede incluirse una derivación a la especialidad que proceda o el traslado hospitalario si fuese necesario.

Por todo lo anteriormente referido y con constancia en la Historia Clínica, el Informe de Urgencias, esta Jefatura está en situación de afirmar que las anamnesis, exploraciones físicas, las Pruebas Complementarias, Diagnósticos y los Tratamientos realizados por el Facultativo de Urgencias se ajustaron a la *Lex Artis "ad hoc"* de la práctica médica y además acorde a la realidad del protocolo anteriormente mencionados».

6. Según los citados documentos médicos "*Traumatismos Torácicos*" y el "*Protocolo de Atención Inicial al Paciente Politraumatizado*", en los pacientes politraumatizados con traumatismo torácico, éste es el que debe ser atendido con prioridad para estabilizar la grave situación que deriva de tal traumatismo.

7. El informe, de 26 de junio de 2015, del Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura, y su ampliación, de 22 de enero de 2016, ambos suscritos por el cirujano que intervino la fractura de la muñeca derecha del reclamante, relata lo siguiente:

«Paciente que sufrió caída de altura el 06/03/2013.

Fue atendido en Urgencias de este Hospital con diagnóstico de:

Politraumatismo (Contusión facial, torácica y abdominal).

Fracturas múltiples costales (5^a-6^a-7^a derecha y 1^a la y 4^a izquierda).

Fractura luxación de incisivos.

Fractura conminuta intraarticular distal de radio derecho.

Herida inciso-contusa en mentón.

Es valorado por el Servicio de Cirugía General realizando TAC (Toraco-abdominal) visualizando las fracturas anteriormente referidas. Sin evidencia de otros tipos de lesiones.

El 11/03/2013 es intervenido quirúrgicamente [Dr. (...)] realizando reducción y síntesis percutánea con 2 agujas e inmovilización con yeso.

El 12/03/2013 causa alta mostrando el control postoperatorio una reducción correcta de su fractura.

Acudió por primera vez a revisión en Consultas Externas de Traumatología el 08/04/2013, se realizó control radiográfico, observándose la migración de una de las agujas de síntesis. Se dio cita en 2 semanas con nueva radiografía y valoración de extracción de material de síntesis.

El 17/04/2013 en radiografía se observa fractura consolidada. Se retiró una de las agujas en consulta externa, no pudiendo extraerse la anterior por migración de ésta y no poder palpase. Se programó para extracción en quirófano. Este mismo día se observa una posible parálisis radial pero el paciente refiere que no mueve por dolor comentando que sufrió una nueva caída y que tiene dolor en rodilla derecha por lo que se solicitó RMN.

El 23/04/2013 se interviene quirúrgicamente de EMO [extracción de material de osteosíntesis] de aguja.

El 25/04/2013 se colocó férula de yeso por posible parálisis radial solicitándose EMG y pendiente de iniciar tratamiento rehabilitador.

El 23/05/2013 se realiza cura por la EMO.

El 31/05/2013 le avisan que la próxima semana comenzará rehabilitación, se retira férula con recuperación motora radial.

El 18/06/2013, el paciente comenta que ya estuvo operado de su rodilla derecha (no refiriéndolo en anteriores visitas).

RMN: Meniscectomía parcial medial. Rotura parcial LCA. Lesión osteocondral grado I en zona de carga de cóndilo femoral medial. Signos de cirugía previa.

EMG: Todos los nervios del MSD [miembro superior derecho] presentan una disminución de amplitud respecto al lado contralateral. Neuropatía axonal severa del nervio radial. Clínicamente puede tratarse por síntomas y hallazgos de distrofia Simpático Refleja.

En esta fecha lleva unas 3 semanas de rehabilitación, pero el paciente refiere que está también en tratamiento rehabilitador por sus 5 hernias discales-lumbares que tiene.

El 09/07/2013 leve mejoría de la movilidad de la muñeca. Función motora radial dentro de la normalidad.

Se dio cita para revisión en 2 meses.

El 12/08/2013 solicita cambio de especialista por no estar de acuerdo con el diagnóstico y por motivos personales. Se aceptó el cambio al Dr. (...). El paciente no acudió más a mi consulta.

ACLARACIONES

Referente a la reclamación quiero aclarar que el tipo de lesión de su muñeca no precisa una intervención urgente. La demora no modifica los resultados.

La intervención se pospuso al día 11/03/2013 debido a la situación general inestable del paciente (traumatismo facial, múltiples costillas rotas, traumatismo abdominal) que contraindicaban una intervención no urgente.

La aguja no se perdió, sólo emigró y esto ocurre en ocasiones y por ello no es posible retirarlas en consultas externas ya que no es fácil su extracción pudiendo ser además muy dolorosa por lo que se realiza en quirófano y bajo anestesia.

La inmovilización de su fractura se retiró el 17/04/2013. El 25/04/2013 se colocó férula de yeso preventiva debido a una parálisis motora radial. La fractura de muñeca de este paciente no causa este tipo de parálisis.

El dolor es habitual en este tipo grave de fractura por lo que se debe recuperar en lo posible la funcionalidad articular y valorar evolutivamente otros tipos de tratamientos.

El 12/08/2013 el paciente solicita cambio de especialista por no estar de acuerdo con el diagnóstico y por motivos personales. Yo mismo autoricé el cambio de

especialista pero en ningún momento aprecié ningún tipo de disconformidad con el proceder y el trato.

No dio tiempo por mi parte (al solicitar el cambio de especialista) de poder ofrecer otra alternativa por mi parte.

La lesión del paciente se evaluó en sesión clínica y se decidió la intervención quirúrgica.

Quiero reseñar que la intervención quirúrgica fue realiza el 09/12/2014, realizándose osteotomía metafisaria radial en cuña, síntesis con placa ACULOC. Osteotomía de cúbito e inmovilización con yeso [Dr. (...)].

El 06/02/2015 se envía a Rehabilitación, una vez consolidada su osteotomía.

El 16/06/2015 muy bien de su muñeca. Le recomendaron infiltraciones con plasma rico en plaquetas en su rodilla. Requirió que se le realizase una Interconsulta a Neurocirugía.

El 25/09/2015 se le explica que en este centro no se infiltra con plasma rico en plaquetas. Se solicitó RMN de columna lumbar.

El paciente no volvió más a consulta de Traumatología».

8. En la Historia Clínica (folios 444 y 445) obra el documento que recoge el consentimiento informado del reclamante al procedimiento quirúrgico para la reducción de fractura de muñeca e implantación de material de osteosíntesis. Este documento tiene fecha de 8 de marzo de 2013. La operación se practicó el 11 de marzo de 2013.

En ese documento el paciente manifiesta:

«La intervención consiste en la reducción, estabilización y reparación de las estructuras lesionadas. Suele ser necesario el empleo de materiales de fijación, tales como agujas, tornillos u otros dispositivos. Se me han explicado los detalles de la operación, así como otras opciones de tratamiento con las ventajas y desventajas de cada una. Se me ha avisado que, aunque se espera obtener un buen resultado, éste no puede garantizarse, ya que la aparición de complicaciones no puede preverse».

Según el documento de consentimiento informado, el paciente fue instruido sobre la posibilidad de materialización de varios riesgos iatrogénicos inherentes a la operación, entre los que figuraban la ausencia de consolidación de las fijaciones óseas, la cual podía determinar la necesidad de proceder a posteriores

intervenciones, el aflojamiento de los materiales de osteosíntesis empleados y la aparición de distrofia simpática refleja.

9. En la Historia Clínica (folio 438) figura el informe clínico, de 12 de marzo de 2013, de alta de hospitalización del Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura. En él se expresa que el paciente presentaba una «Fractura distal de radio derecho con acortamiento y desplazamiento dorsal de la carilla articular»; que el procedimiento quirúrgico consistió en «Reducción y osteosíntesis del radio con 2 agujas de Kirschner bajo anestesia regional y control con escopia sin incidencias». En el apartado «Evolución» se reseña: «El paciente es trasladado a planta donde evoluciona de forma satisfactoria. Los controles radiográficos son correctos por lo que se decide alta».

10. Antes de la segunda operación correctora del 9 de diciembre de 2014, al paciente se le realizó el 21 de febrero de 2014, un estudio de resonancia magnética de imagen, RMI. El informe de este estudio en el apartado información clínica recoge:

«Paciente de 48 años remitido por rotura compleja consolidada del radio distal con afectación radiocubital. Dolor crónico, afectación del fibrocartílago triangular».

Como conclusión se reseña:

«Consolidación parcial, mal alineada de la extremidad distal del radio, sin edema óseo asociado. Fractura no consolidada de la estiloides cubital. Rotura compleja del fibrocartílago triangular. Leve sinovitis carpiana así como a nivel radiocubital distal».

11. El informe clínico de situación del Servicio de Rehabilitación acredita que al 26 de febrero de 2015 el paciente en el miembro superior derecho presentaba: Balance articular en el codo derecho: flexo-extensión libre. Supinación: 50°. Pronación: 70°. Desviación radio/cubital: Buena. Flexión dorsal de muñeca: 30°. Flexión palmar: 50°. Distancia dígito-palmar a 4 cm para 2°, 3°, 4° y 5° dedos.

12. El informe, de 18 de julio de 2016, del facultativo del Servicio de Inspección y Prestaciones, después de una larga relación de los antecedentes de hecho que resultan de la historia clínica del paciente, explica lo siguiente:

«1.- El tipo de lesión de la muñeca de la mano derecha del paciente no requiere una intervención urgente ya que la demora no modifica los resultados.

Obviamente, la intervención de la mano se postergó al día 11/03/2013 debido a la situación general inestable del paciente politraumatizado (traumatismo facial, múltiples

costillas rotas, traumatismo abdominal) que contraindicaban una intervención quirúrgica hasta no lograr -en el paciente- estabilizar de las lesiones de los politraumatismos. En este sentido debemos aclarar que el paciente politraumatizado debe ser, en un primer tiempo, constantemente evaluado para asegurarse de que no surgen nuevos traumatismos, ocultos en una primera evaluación urgente. Se debe asegurar de que no surge un deterioro de los síntomas valorados inicialmente. A medida que la situación va siendo controlada en el paciente es cuando y, en un segundo tiempo, se puede concebir acometer reparaciones quirúrgicas músculo-esqueléticas, tal que una cirugía de la mano o cualquier otra que se precise.

2.- La aguja de osteosíntesis no se perdió sólo emigró/se desplazó. En ocasiones esto ocurre, y no es posible retirarlas en consultas externas ya que no es fácil su extracción por dolorosa. De modo que se realiza en quirófano y bajo anestesia. Se describe en el DCI, en el apartado L -aflojamiento de los materiales de osteosíntesis empleados- dentro de las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir en la cirugía (reducción y osteosíntesis) de la fractura de muñeca de la mano.

3.- La inmovilización de su fractura se retiró el 17/04/2013. El 25/04/2013 se colocó férula de yeso preventiva debido a una parálisis motora radial presunta. La fractura de muñeca de este paciente no causa este tipo de parálisis. Ello coincidiría con lo señalado por el paciente -en el apartado de los Antecedentes de Hecho-, que no podía mover el brazo por el dolor, dolor que se debería (comprobado en Rx.) a: Signos radiológicos de Distrofia Simpático Refleja; Síndrome que será comentado más abajo en el punto 4 de las Consideraciones del presente Informe de Inspección.

El dolor es habitual en este tipo grave de fractura, por lo que se debe recuperar en lo posible la funcionalidad articular y valorar evolutivamente otros tratamientos.

4.- En revisión de fecha 09-12-2013, refiere presentar dolor «a diario» en muñeca y mano afecta. Flexión incompleta de dedos con moderada desviación radial de la mano. En Rx: se apreciaron signos radiológicos de Distrofia Simpático Refleja. Al respecto es conveniente aclarar que el Síndrome del dolor regional complejo o Síndrome reflejo algodistrófico o Distrofia Simpático Refleja o algoneurodistrófico, más conocido como distrofia de Sudeck, no es una secuela dañosa de la fractura o de la cirugía reductiva realizada sino que es una patología que padece el paciente por mal funcionamiento del sistema nervioso simpático, pudiendo existir factores genéticos y puede desencadenarse a raíz no sólo de un traumatismo sino también por enfermedades cardíacas, artritis, ictus cerebral, neuropatías periféricas, herpes, patologías del hombro, Impactos, traumatismos, osteartrosis, discopatías intervertebrales e incluso por labilidad de la personalidad del paciente; aunque también puede sobrevenir sin lesión aparente y surgir espontáneamente. Es pues, una enfermedad compleja y larvada, de causa desconocida que suele aflorar al socaire de alguna de las patologías arriba mencionadas, siendo su diagnóstico tardío ya que la clínica presenta

modificaciones de un paciente a otro, incluso puede estar incluido dentro de otra patología. Este síndrome redundará en el retraso de la recuperación funcional ocasionando trastornos tróficos/distróficos y a veces repercusiones psicológicas si bien en ocasiones son, propiamente, los factores psicológicos los causantes de este síndrome».

Este informe concluye:

- Que la decisión de no operar inmediatamente al paciente de la fractura distal del hueso radio de la muñeca de la mano derecha fue correcta, porque estaba politraumatizado y con un grave traumatismo toraco-abdominal. Hasta que no estuviera estabilizado de estas lesiones no se podía someter a una intervención quirúrgica de esa fractura, la cual no era urgente.

- Que el hecho que no se le haya intervenido inmediatamente al paciente de la fractura de la muñeca de la mano derecha no ha tenido ninguna influencia en el surgimiento de las complicaciones en la consolidación de esa fractura.

- Que el aflojamiento de material de osteosíntesis, como son las agujas de Kirschner empleadas para la fijación de la fractura, no se debió a una actuación defectuosa de los cirujanos, sino que es un riesgo cuya materialización es imposible evitar y del cual fue informado el paciente y que aceptó mediante la firma del documento de consentimiento informado.

- Que la distrofia simpática refleja no es una consecuencia de la cirugía de la muñeca.

- Que la asistencia prestada al reclamante fue en todo momento ajustada a la *lex artis ad hoc*.

III

1. Como se indicó de suso, el reclamante no ha propuesto ni aportado prueba dirigida a demostrar la existencia, naturaleza y alcance de las secuelas por las que reclama. Tampoco ha acreditado que una de las causas de esas secuelas sea que no le intervinieron inmediatamente de la fractura de la muñeca. Tampoco ha descrito y probado la negligencia profesional del cirujano, ni ha aportado prueba de cuál debió ser la actuación médica correcta omitida por aquél. De la falta de prueba de este extremo se deriva lógicamente que tampoco haya probado la existencia de nexo causal entre esa supuesta negligencia y las secuelas que alega.

En toda pretensión resarcitoria por daños cuya producción se imputa a negligencia profesional el primer requisito imprescindible para su prosperabilidad estriba en que en que se demuestre la realidad de esas lesiones. El segundo requisito fundamental consiste en que se describan y se prueben los actos u omisiones imprudentes y se demuestre cuál era el modelo de actuación al cual no se atuvo el profesional. El tercer requisito esencial radica en que también se pruebe que entre la actuación negligente y las lesiones existe una relación de causa a efecto.

La prueba de estos tres elementos de hecho (daño, negligencia del agente del servicio público y nexo causal) incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto concordante con la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

La carencia de prueba de la realidad del daño y de la negligencia profesional de los facultativos y, por ende, del nexo causal entre aquél y ésta, determina la imposibilidad de la estimación de la pretensión resarcitoria; porque la existencia de relación causal es indispensable para que surja la obligación de indemnizar, según el art. 139.1 LRJAP-PAC; y la carga de su prueba, como se acaba de explicar, incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP en relación este último con el art. 217. 2 y 3 LEC.

2. Por otro lado, todos los informes médicos coinciden en que:

a) La decisión de no intervenir inmediatamente la fractura de la muñeca fue conforme a la *lex artis ad hoc* dado que estaba politraumatizado y con un grave traumatismo toraco-abdominal.

b) La reducción de la fractura cinco días después de su producción no determinó que consolidara mal.

Además, pruebas médicas objetivas, como son las radiografías que se le practicaron al paciente después de la intervención quirúrgica, demuestran que con ella se logró la alineación de la fractura, por lo que carece de base fáctica la afirmación de que el cirujano actuante incurrió en negligencia profesional.

El documento de consentimiento informado explica que no puede garantizarse el éxito terapéutico de la reducción quirúrgica de la fractura de muñeca, porque pueden surgir complicaciones entre las que figura que no se alcance la consolidación. En nuestro Dictamen 267/2015, de 15 de julio, en el que se analizó una reclamación similar a la presente, sobre la base de la documentación médica y la bibliografía científica aportada, concluimos lo siguiente:

«La consolidación de una fractura depende de fenómenos fisiopatológicos.

Como muestra la experiencia, alcanzar la consolidación depende de la edad del paciente, de la mayor o menor presencia de calcio en su organismo, de la intensidad del impacto que produjo la fractura, porque cuanto más alta sea su energía, mayor será en el punto de fractura la destrucción de los tejidos que han de regenerarse y, por ende, menor la posibilidad de consolidación, etc. La medicina no es una ciencia exacta a la cual se le pueda exigir una garantía absoluta de alcanzar la curación, porque ésta, como en el caso de las fracturas, depende de imponderables tales como la idiosincrasia del organismo del paciente o como las propias características de la fractura. Por esta razón, en caso de que no se alcance el éxito terapéutico, este fracaso no es causado por la asistencia sanitaria».

3. También está acreditado que el aflojamiento de una de las agujas de Kirschner empleadas para la fijación de la fractura, no se debió a una actuación defectuosa de los cirujanos, sino que es un riesgo cuya materialización es imposible evitar y del cual fue informado el paciente y que aceptó mediante la firma del documento de consentimiento informado.

4. La otra lesión cuya producción el reclamante imputa a la negligencia profesional del cirujano que practicó la primera reducción de la fractura consiste en la distrofia simpático refleja que presenta en el miembro superior derecho. Esta dolencia fue diagnosticada por electromiograma (EMG) el 18 de junio de 2013, tres

meses y una semana después de la intervención. Si este síndrome hubiese aparecido inmediatamente después de la operación, entonces cabría sospechar que durante las maniobras para la reducción de la fractura se habría causado alguna lesión neurológica. Pero el lapso de tiempo transcurrido entre la fecha de la cirugía y la aparición del síndrome obliga a descartar que esto haya sucedido.

Como consta en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente, éste fue instruido sobre la posibilidad de que con ocasión de la intervención se manifestara una distrofia simpática refleja. El informe del médico-inspector explica que esta patología, también denominada síndrome o distrofia de Sudeck, el síndrome de dolor regional complejo o síndrome reflejo algodistrófico o algoneurodistrófico, no es una secuela dañosa de la cirugía reductiva realizada; sino que es una patología originada por un mal funcionamiento del sistema nervioso simpático, ligada a factores genéticos y que puede desencadenarse tanto por un traumatismo como por enfermedades cardíacas, artritis, ictus cerebral, neuropatías periféricas, herpes, patologías del hombro, osteartrosis, discopatías intervertebrales e incluso por labilidad de la personalidad del paciente; aunque también puede sobrevenir sin lesión aparente y surgir espontáneamente. Es pues, una enfermedad compleja y larvada, de causa desconocida que suele aflorar al socaire de alguna de las patologías arriba mencionadas; siendo su diagnóstico tardío, ya que la clínica presenta modificaciones de un paciente a otro, incluso puede estar incluido dentro de otra patología. Este síndrome redundará en el retraso de la recuperación funcional ocasionando trastornos tróficos/distróficos y a veces repercusiones psicológicas, si bien en ocasiones son, propiamente, los factores psicológicos los causantes de este síndrome.

La misma explicación sobre esta patología encontramos en el Dictamen 94/2011, de 27 de abril, del Consejo Consultivo de Castilla y La Mancha, donde se dice:

«De acuerdo con los informes del expediente, y con la literatura médica, "la algiodistrofia simpático-refleja o síndrome de Sudeck o dolor regional complejo tipo I es un cuadro clínico de límites imprecisos, manifestado por dolor, que no se limita a un territorio nervioso concreto y que parece desproporcionado con el antecedente en las formas postraumáticas, que se acompaña de edema y alteraciones de la movilidad, trastornos vasomotores con hiperhidrosis, palidez o cianosis, variaciones térmicas cutáneas y manifestaciones tróficas. En su evolución tiende a instaurarse rigidez articular y desmineralización ósea. Su etiología es desconocida aunque se asocia a factores desencadenantes. Así la encontramos tras traumatismos (presentes en el 50-80% de los casos) ya sean leves o graves pudiendo complicar cualquier fractura, lesión músculo esquelética o

tratamiento quirúrgico. Otros factores predisponentes son las alteraciones neurológicas, patologías cardiopulmonares, cirugía de trasplante, drogodependencia y factores psicológicos y psicosociales. Así, las alteraciones de ansiedad y estrés intensifican y prolongan las manifestaciones clínicas" (...) "se trata de una complicación de origen desconocido, asociada a algunos factores desencadenantes o predisponentes tras sufrir traumatismos, leves o graves, y que puede complicar cualquier fractura, lesión de un músculo esquelético o tratamiento quirúrgico (...) "se trata de un cuadro no bien definido que puede iniciarse incluso ante traumatismos menores y cuya evolución es autónoma respecto a la causa inicial».

Por lo que el Dictamen concluye:

«(...) la enfermedad de Sudeck, origen de las limitaciones funcionales que padece, no puede ser atribuida a la atención sanitaria recibida, siendo su etiología desconocida, por lo que tan sólo cabría imputar su causación, junto a factores que son desconocidos, al traumatismo sufrido, pero no a su tratamiento ni tampoco a los medios puestos a disposición del paciente para procurar su curación. Por ello, no existe nexo causal entre el daño padecido y el servicio público sanitario, y tampoco dicho daño podría tener la consideración de antijurídico».

IV

1. Como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como, obligadamente, se repite en los Dictámenes de este Consejo Consultivo sobre reclamaciones de la responsabilidad extracontractual por el funcionamiento del servicio público de la sanidad, se ha de considerar, por un lado, que este servicio se dirige a 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. El funcionamiento del servicio público de salud consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados, también cuando presta la asistencia sanitaria consistente en cirugía reparadora.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados 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.

De ahí que, para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables, el criterio fundamental estriba en si esa asistencia se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la Salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y, en consecuencia, surge para éste la obligación de repararlo.

Las razones que se acaban de exponer, y que se resumen en que no poseen la cualidad de daños antijurídicos aquellos causados por la propia naturaleza e inevitables por la ciencia médica y que por ende no son indemnizables conforme a los arts. 139.1 y 141.1 LRJAP-PAC, están acogidas, como se adelantó, por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la responsabilidad extracontractual de los servicios públicos de salud, jurisprudencia y cuya síntesis se contiene en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 19 abril de 2011 (RJ 2011\3643) donde se dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración.

En este sentido, y por citar sólo algunas, hemos dicho en la sentencia de 26 de junio de 2008, dictada en el recurso de casación núm. 4429/2004, que “ (...) es también doctrina

jurisprudencial reiterada, por todas citaremos las Sentencias de 20 de marzo de 2.007 (Rec. 7915/2003), 7 de marzo de 2007 (Rec. 5286/03) y de 16 de marzo de 2.005 (Rec. 3149/2001) que "a la Administración no es exigible nada más que 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 materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente", o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso".

En la de 7 de julio del mismo año, dictada en el recurso de casación núm. 4776/2004, dijimos que "La responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa [por todas, véanse las sentencias de esta Sala de 11 de mayo de 1999 (casación 9655/95, FJ5º), 24 de septiembre de 2001 (casación 4596/97, FJ5º), 23 de noviembre de 2006 (casación 3374/02, FJ5º), 31 de enero de 2008 (casación 4065/03, FJ2º) y 22 de abril de 2008 (casación 166/05, FJ3º)], se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso [sentencias de esta Sala de 16 de marzo de 2005 (casación 3149/01, FJ3º), 20 de marzo de 2007 (casación 7915/03, FJ3º) y 26 de junio de 2008 (casación 4429/04, FJ. 3º)]. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril) con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la Ley 30/1992); nada más y nada menos".

O en la de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008, que "Aunque la cuestión principal que analiza la Sala de instancia en su sentencia, sustentando o dando lugar a su pronunciamiento, nada o poco tiene que ver con la necesidad de precisar la naturaleza jurídica, objetiva o no, de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, aquel epígrafe y aquel inicio nos obligan a recordar que nuestra jurisprudencia matiza, modula, sobre todo en el ámbito de la denominada medicina curativa o asistencial, afirmaciones como las que ahí se contienen, introduciendo para ello como

primer elemento corrector el de la "*lex artis*". Así, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria".

O recordar, en la misma línea, que el inciso segundo del artículo 141.1 de la Ley 30/1992, según la redacción dada por la Ley 4/1999, dispone que "No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos"».

Otra posterior Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, la de 9 octubre 2012 (RJ 2012\10198) insiste en lo mismo con las siguientes palabras:

«Con relación esta alegación del motivo 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 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 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*».

En su reciente Sentencia de 11 abril 2014 (RJ 2014\2612) la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo torna a declarar:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, "como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)"».

2. En el presente supuesto, de la documentación clínica resulta que no hay prueba ni indicio alguno de que los facultativos, que le realizaron al paciente la operación quirúrgica de reducción de fractura, hayan incurrido en negligencia profesional. Por el contrario, ha quedado acreditado que fue correcta. Si en la atención médica que se le ha prestado no se ha infringido la *lex artis ad hoc*, entonces las lesiones alegadas no han sido causadas por el funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria y, por tanto, no son indemnizables.

Esas lesiones, consistentes en el aflojamiento de una de las agujas de Kirschner empleadas para la fijación ósea, la consolidación viciosa de la fractura que obligó a la exitosa intervención correctora posterior y la aparición de distrofia simpática refleja, fueron la materialización de riesgos iatrogénicos. El estado actual de los conocimientos médicos no puede garantizar al cien por cien que en la práctica de una operación de reducción de fractura no se concreten dichos riesgos. El art. 141.1 LRJAP-PAC establece que no son indemnizables los daños que no se pueden evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia en el momento de producirse aquéllos.

3. Se acaba de explicar que los posibles daños iatrogénicos de un tratamiento médico o derivados de la plasmación de sus riesgos conocidos no están causados por la asistencia sanitaria correcta. Respecto a ellos los arts. 4, 8 y 10 LAP exigen que se

informe al paciente con carácter previo a toda intervención médica a fin de obtener su consentimiento a ella, consentimiento previo que el paciente ha de prestar por escrito en los supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Si los facultativos no proceden así, ello constituiría una infracción de la *lex artis*; por lo que, si se produce un daño iatrogénico, estarían obligados a responder patrimonialmente por sus consecuencias.

Las lesiones que se alegan son la materialización de riesgos iatrogénicos cuya posibilidad de concreción el paciente aceptó debidamente informado de su existencia. El consentimiento informado (arts. 8 y 10 LAP) constituye uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. El paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse de la operación, asumió también las consecuencias dañosas de la eventual realización de los riesgos que comportaba. El consentimiento informado del paciente hace recaer sobre él la carga de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, esas lesiones no tienen el carácter de antijurídicas y, por ende, no son indemnizables según el art. 141.1 LRJAP-PAC.

CONCLUSIÓN

Carece de fundamento la pretensión resarcitoria y por ello es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución que se dirige a su desestimación.