Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 3 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 22 de enero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 776/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 11 de diciembre de 2024, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 17 de diciembre de igual año, tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Respecto de la cuantía indemnizatoria solicitada, si bien la reclamante no procede a cuantificar su importe, teniendo en cuenta el objeto de la reclamación y la valoración a la que podría ascender el daño por el que se reclama, se ha considerado que es superior a 6.000 euros, lo que determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

No obstante, en cuanto a la preceptividad del Dictamen y si bien no resulta de aplicación en el presente caso, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la LCCC, mediante su Disposición final sexta, que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

Ostenta competencia para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP)], puesto que alega haber sufrido un daño corporal o físico por el que reclama su resarcimiento, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

La reclamación de responsabilidad patrimonial se sustenta en los siguientes antecedentes de hecho que se extraen de la reclamación formulada por la interesada:

«Sufro caída en la vía pública en fecha 14/09/22, con traumatismo directo en antebrazo derecho, sin herida abierta.

Al realizarse radiografía simple de antebrazo, se diagnostica fractura de cúbito distal. Ese mismo día se inmoviliza con férula braguiopalmar dorsal en el Servicio de Urgencias del Hospital Doctor Negrín.

- 30/09/22: En Consultas Externas de Traumatología se diagnostica una fractura distal no desplazada de cúbito derecho en vías de consolidación. Continuar con igual inmovilización, y control en un mes con radiografía sin yeso.

- 08/10/22: Acude al Servicio de Urgencias por fuerte dolor en el antebrazo, se le retira férula para valorar el antebrazo. En radiografía se objetivan signos de consolidación.

La paciente presenta dolor intenso a la movilización del antebrazo, volviéndose a inmovilizar con férula braquiopalmar.

- 26/10/22: Se objetiva que la inmovilización enyesada ha sido mal tolerada, presentando rigidez de mano y dedos y tumefacción local.

- 11/11/22: Se realiza radiografía de control, encontrándose la fractura en vías de consolidación.

- 13/12/22: Apenas tiene movilidad. Se determina por radiografía una osteopenia severa.

Del mismo modo, la paciente acude a consulta médica particular:

- 30/12/22: En la exploración de observa dedos en flexo con limitación de la flexoextensión desde primeros grados, apenas 5° de movilidad. Amiotrofia.

- 02/02/23: Se realiza TAC de muñeca derecha que objetiva una importante atrofia ósea en extremo distal de radio y en huesos del carpo, siendo compatible con atrofia de Sudeck.

- 16/02/23: Presenta atrofia importante con limitación de movilidad de hombro, codo, muñeca, dedos y pronosupinación. Se insiste en tratamiento rehabilitador.

- 23/03/23: Se vuelve a insistir en tratamiento rehabilitador de todo el miembro superior.

- 24/07/23: Se realiza otro TAC para valorar la atrofia ósea de Sudeck de muñeca y mano derecha.

Desde la Consulta del Centro de Rehabilitación del ICOT se pide que realicen a la paciente una gammagrafía en el Dr. Negrín.

- 19/04/23: En el Servicio de Medicina Nuclear se realiza la gammagrafía.

- 12/05/23: Desde rehabilitación Consultas Externas del Dr. Negrín comunican a la paciente que presenta una patología de atrofia de Sudeck o distrofia simpático refleja».

Por tanto, (...), sufrió una caída el 14/09/22, que le ocasionó una fractura de cúbito distal derecho. A lo largo de varios meses, ha experimentado complicaciones como dolor intenso, rigidez, tumefacción, osteopenia severa y atrofia de Sudeck, lo que ha limitado significativamente la movilidad de su brazo derecho y le ha causado ansiedad. Debido a estas limitaciones, no puede realizar tareas diarias ni trabajar como docente. Solicita que se valoren los daños físicos y emocionales sufridos y adjunta informes médicos y fotografías.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 28 de septiembre de 2023 por (...), en el que solicita el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria prestada.

La reclamante solicita una indemnización, cuya cuantía no determina, por los siguientes daños: atrofia con limitación de movilidad de hombro, codo, muñeca, dedos y pronosupinación y atrofia ósea de Sudeck, ocasionados tras la inmovilización con yeso por fractura de cúbito distal de antebrazo derecho ocurrida el 14 de septiembre de 2022

Junto con la reclamación se aporta informes médicos y fotografías.

2. Se requiere a la interesada a fin de que subsane y mejore la reclamación formulada, presentándose, con fecha de registro de entrada de 30 de octubre de 2023, la documentación requerida.

3. Con fecha de 10 de noviembre de 2023, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta, solicitando informe al servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable.

4. Con fecha de 21 de agosto de 2024, se emite informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones. Asimismo se remite la siguiente documentación:

- Copia de la historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CHUGCDN).

- Informe emitido por Dr. (...), Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Traumatología) del CHUGCDN.

5. El 10 de septiembre de 2024, se procede a la apertura del periodo probatorio, incorporando como prueba documental los informes y documentación clínica recabados por la Administración en periodo de instrucción, aportados al procedimiento por el Servicio de Inspección y Prestaciones.

6. De conformidad con el art. 82 LPACAP, se confiere trámite de audiencia a la interesada, confiriendo un plazo de 10 días para formular alegaciones, aportar los

documentos y justificaciones que tuviese por conveniente. Se notifica a la reclamante el 7 de octubre de 2024. Transcurrido el plazo conferido al efecto, no consta la formulación de alegaciones.

7. Con fecha 5 de diciembre de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

8. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

9. Mediante oficio de 11 de diciembre de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 17 de diciembre de 2024, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que «*los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».*

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de Capítulo IV del Título preliminar LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014 , FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en 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 -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos

esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras). Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece 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.

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 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente caso, de los informes obrantes en el expediente emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, así como por el Servicio de Inspección y Prestaciones, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis.*

A los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido la alegada infracción de la lex artis y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir, del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de la historia clínica, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria, extraídos del informe del SIP, tras analizar la documentación clínica obrante en el expediente, son los siguientes:

«1.- La paciente, profesora de profesión y diestra, en fecha 14/09/2022, a la edad de 48 años, acude al servicio de Urgencias del CHUGCDN, refiriendo dolor en antebrazo derecho, tras traumatismo sufrido en caída accidental desde su propia altura al haber tropezado por la calle.

2.- En exploración física de miembro superior derecho realizada por Traumatología se describe dolor a la palpación en la zona dorsocubital distal y a la pronosupinación. Piel y anejos describen conservados (sin lesiones). No se aprecia alteración neurovascular.

3.- Tras observar la radiografía, el diagnóstico es de fractura cúbito distal derecho (sin desplazamiento). Se le explica patología y posibilidades terapéuticas a la paciente, siendo comprendidas. Se inmoviliza con férula braquiopalmar dorsal y se administra analgesia. Al

alta se dan recomendaciones sobre cuidados, tratamiento analgésico, seguimiento en consultas de Traumatología y volver al servicio de urgencias en caso de alguna eventualidad.

4.- En consulta de Traumatología de fecha 30/09/22, en Rx de control sin férula, se objetiva fractura distal no desplazada de cúbito derecho en vías de consolidación. No se describen incidencias. Se indica continuar con igual inmovilización (férula braquiopalmar). Se recomienda control en un mes con radiografía.

5.- En fecha 08/10/22, es valorada por el Servicio de Traumatología de guardia (urgencias) al que acude por dolor en antebrazo derecho. En la exploración presenta buen estado general, se describe excoriación (irritación) a nivel de estiloides cubital, no apreciándose tumefacción, heridas ni hematomas, presentando dolor intenso a la movilización del antebrazo. La exploración neurovascular (temperatura, pulso, sensibilidad, tono, trofismo, reflejos, fuerza) se aprecia normal. En radiografía realizada se describe fractura de cúbito en fase de consolidación (lo esperable). Se vuelve a inmovilizar con férula braquiopalmar. Se le indica seguir con las recomendaciones dadas previamente y con los controles por consultas, así como volver en caso de síntomas o signos de alarma.

6.- En consulta de Traumatología de fecha 26/10/22, se describe ha sido mal tolerada la inmovilización enyesada (férula). Presenta tumefacción local y rigidez de mano y dedos. La radiografía muestra callo en formación con correcta alineación de la fractura (6 semanas de evolución). Se le indica uso de ortesis (dispositivo que sirve de apoyo/refuerzo permitiendo el movimiento), iniciar ejercicios de refuerzo de hombro y codo. Evitar pronosupinación enérgica y movilizar pequeñas articulaciones de la mano.

7.- En consulta de Traumatología de fecha de 11/11/22, en exploración presenta limitación en la flexoentensión de muñeca e interfalángicas de la mano derecha. En Rx se aprecia la fractura está en vías de consolidación. Se le indica movilizar muñeca y mano derechas y, se le solicita consulta con rehabilitación.

8.- En consulta de Rehabilitación de fecha 28/11/22, la paciente refiere imposibilidad para la extensión completa de los dedos con mucho dolor y cambios de coloración. Muñeca derecha con actitud en flexo de 10º sin ser capaz de flexión dorsal; pasivamente no logra llegar a 0º. Interfalángicas en flexo, no consiguiendo flexión ni extensión completa de interfalanges tanto proximales como distales con dolor en apófisis estiloide cubital. Se deriva a centro concertado para rehabilitación con prioridad.

9.- En fecha 13/12/22, en consulta de Traumatología se describe presenta poca movilidad y Rx con osteopenia severa. Queda anotada ya va a empezar la rehabilitación.

10.- En consulta de seguimiento de Rehabilitación de 15/02/23, se describe en exploración actitud en flexo de muñeca 15º sin flexión dorsal y flexo de interfalángicas sin conseguir flexo-extensión completa con dolor en apófisis estiloide del cúbito. No completa puño ni realiza pinza fina. Codo con limitación a la flexo-extensión. Aumento de cianosis y

dolor a la movilización con síntomas de DSR (Distrofia simpático refleja, Distrofia refleja regional, Sudeck o síndrome de dolor regional complejo -SDRC son distintos nombres usados para referirse a una misma patología). Se solicita renovación de tratamiento rehabilitador y se valora realización de prueba complementaria para DSR.

11.- En consulta de seguimiento de Rehabilitación de 12/05/23, en exploración persiste déficit de balance articular en muñeca e imposibilidad de pinza con los últimos dedos. Presenta signos de DSR en miembro superior derecho a nivel clínico y también en la gammagrafía ósea (19/04/23). Se renueva el tratamiento rehabilitador.

12.- En consulta de seguimiento de Rehabilitación de 19/07/23, en exploración física la muñeca presenta actitud en flexo de 10º sin flexión dorsal y flexo de interfalángicas y dolor en apófisis estiloides del cúbito. No completa puño y comienza a realizar pinza fina. Continúa con cianosis y dolor a la movilización con síntomas de DSR. Codo con limitación a la flexo- extensión completa. Se solicita renovación de rehabilitación para continuar mejorando arcos y funcionalidad.

13.- En TAC aportado por la paciente, de fecha 24/07/23, se concluye con mejoría radiológica de la osteopenia (ya vista en Rx de 13/12/22 en consulta de Traumatología) a correlacionar con la evolución clínica.

14.- En fecha 13/11/23, en consulta de Rehabilitación de seguimiento por SDRC, la paciente refiere mejoría de la movilidad y del dolor aunque describe molestia continua. En la exploración no presenta tumefacción. Se aprecian cambios tróficos moderados. Puño incompleto y oposición pollicis incompleto. Se describen criterios clínicos de SDRC tipo I: edema grado leve en carpo y dedos. Dolor neuropático ocasional. Trastornos vasomotores: presentes y en grado leve. Trastornos tróficos: presentes en grado leve. Atrofia región palmar. Balance articular activo: flexión dorsal 30º (70º contralateral). Flexión palmar 60º (80º contralateral). Pronación 90º (90º contralateral). Supinación 90º (90º contralateral). Desviación radial 10º (15º contralateral). Desviación cubital 30º (40º contralateral). Pinzas digitales 1º-2º dedos terminoterminal completo contra resistencia máxima, al igual que 1º-3er dedo. Pinza digital 1º-4º dedos terminoterminal completo contra resistencia submáxima. Pinza digital 1º-5 dedos terminoterminal completo contra resistencia moderada. Se solicita reevaluación de la paciente en comisión para continuar tratamiento rehabilitador para mejorar movilidad, dolor y trastornos vasomotores ya que la paciente continúa mejorando.

15.- Realiza nuevo período de rehabilitación que culmina el 06/05/24, fecha en la que se emite alta debido a estabilización del proceso. Consta a la exploración física al alta, criterios clínicos de SDRC: edema en grado leve en carpo y dedos de la mano derecha. Dolor neuropático ocasional. Trastornos vasomotores ausentes en el momento actual. Trastornos tróficos presentes en grado leve. Atrofia región palmar. Balance articular (BA) activo (derecho/izquierdo, es decir, comparando mano afecta que es la derecha con mano no

afecta): flexión dorsal 50º (70º contralateral). Flexión palmar 70º (80º contralateral). Pronación, supinación, desviación radial y cubital (rango de movimiento igual que en mano no lesionada). Pinzas digitales conservadas».

Establecida así la secuencia de hechos relativa a la asistencia sanitaria, y aplicada la doctrina jurisprudencial sobre la responsabilidad patrimonial, antes citada, al caso que nos ocupa, no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada, ni la propia reclamante ha incorporado al expediente informe que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada.

Tal y como concluye el SIP en su informe, la paciente sufrió un traumatismo con resultado de fractura de cúbito distal sin desplazamiento; desde el principio, tras comprobar alineación de la fractura, se optó, con aceptación por su parte, por un tratamiento conservador ortopédico, consistente en mantener inmovilizado el foco de fractura con férula enyesada, lo que permitió que el hueso no se desplazara, en la búsqueda de una correcta consolidación ósea. Según informa el SIP, el tratamiento conservador ortopédico mediante inmovilización enyesada empleado, es un tratamiento válido, que fue utilizado de una forma razonable y adecuada.

Tras mantener el oportuno período de inmovilización, en consulta de Traumatología de fecha 26/10/22 se constató la presencia de callo de fractura en formación y correcta alineación de la fractura, por lo que se indicó el uso de ortesis y realización de ejercicios de recuperación funcional de la extremidad y la mano. Tratamiento que se considera correctamente indicado, según el momento evolutivo.

En consulta de seguimiento de Traumatología de diciembre/2022, se describe que presenta poca movilidad y Rx con osteopenia severa, lo cual tal como queda descrito en el informe del Servicio de Traumatología habría de orientarse como la evolución no deseada de un proceso de SDRC o distrofia refleja regional en relación con una irritación o alteración del sistema nervioso autónomo de la extremidad. Dicha patología no guarda relación con la supuesta mala praxis médica en el tratamiento de la fractura, que como se ha indicado, no concurre, sino que tuvo su origen en el traumatismo con fractura sufrido. El tratamiento empleado y el seguimiento, según la información aportada, ha sido el adecuado en cada momento evolutivo de su proceso.

Según informa el SIP el síndrome de dolor regional complejo (SDRC) o síndrome de Sudeck es un cuadro clínico de límites imprecisos, manifestado por dolor espontáneo, 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 (atrofia). En su evolución tiende a instaurarse rigidez articular y desmineralización ósea (osteopenia). 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.

No existe, por tanto relación causal entre SDRC o distrofia refleja regional que padece la reclamante y el tratamiento empleado frente a la fractura sufrida. Está en relación con una irritación o alteración del sistema nervioso autónomo de la extremidad, debido al traumatismo con fractura sufrido, y no al tratamiento empleado. Pues el síndrome de Sudeck generalmente aparece después de una lesión o un trauma en la extremidad afectada, como en el caso de una fractura.

El hecho de que el resultado final tras un proceso asistencial sea desfavorable, no supone *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Para que el daño sea indemnizable, es preciso que se produzca una lesión, en el sentido de daño al que se añade la nota de la antijuridicidad. Como bien afirma la SAN de 24 de mayo de 2000. «*la lesión se define como daño ilegítimo, pues no todo perjuicio es constitutivo de una lesión en el sentido ténico-jurídico del término, porque si bien toda lesión es integrante de un daño y perjuicio, no todo daño y perjuicio es constitutivo de una lesión*».

De los informes obrantes en el expediente se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. Por tanto, el resultado final y el estado lesional de la paciente no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de Salud, sino que está relacionada directamente, en relación causa-efecto, con la patología que padeció, es decir el traumatismo y la fractura, al tratarse de una reacción endógena frente a las mismas.

En definitiva, queda excluía la antijuridicidad del daño, pues éste deriva de causas endógenas de la paciente. De este modo, no concurre el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de

concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación interpuesta, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.