

D I C T A M E N 3 5 2 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 28 de septiembre de 2026.

Dictamen solicitado por la Excm. 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 Estíbaliz Puente Benavides en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 315/2026 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se dicen producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen es 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), porque la interesada reclama en concepto de indemnización 245.000,00 euros. Es competente para solicitarlo la señora Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, según el art. 12.3 LCCC.

3. Para el análisis de la Propuesta de Resolución formulada son de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

4. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delegó en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP]. Se ha acreditado la representación de la reclamante.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP). En este caso, se presentó la reclamación el día 16 de mayo de 2024 en relación con un hecho lesivo acaecido entre los días 28 de mayo y 1 de junio de 2023, ello sin perjuicio de las posteriores actuaciones médicas derivadas de las secuelas que sufre la interesada.

8. Se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin que conste ninguna justificación de la demora; sin embargo, aun expirado el plazo y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, para la Administración pesa el deber de resolver expresamente y subsiste la facultad de hacerlo (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, procede reproducir lo expuesto al respecto en el Dictamen de este Consejo Consultivo 130/2026, de 16 de abril, que recoge el escrito de mejora de la reclamación en el cual se alega lo siguiente:

«Como ya son conocedores, reclamamos los daños y perjuicios sufridos por la Sra. (...) a resultas de las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos recibidos en el Hospital Universitario de la Palma, lugar en el que resulto ingresada, atendida e intervenida por fractura de cabeza humeral izquierda.

En el estadio actual nos encontramos en aras de determinar y cuantificar exactamente las lesiones y secuelas sufridas, siendo el objeto de la presente ejercitar la correspondiente reclamación e interrumpir la prescripción a los efectos correspondientes.

Atendida su solicitud de mejora, les podemos avanzar que a raíz de la intervención y tratamiento en su hospital por los diferentes profesionales médicos, entre otros, el servicio de traumatología, siendo el cirujano principal el Dr. (...), y el ayudante cirujano, el Dr. (...), tras revisión y control médico por la Sra. (...), se apreció la negligencia médica que es objeto de reclamación.

Así, se ha comprobado y verificado una osteosíntesis mal colocada con ejes anatómicos de la fractura incorrectamente alineado.

De las pruebas realizadas se observa un corte intraarticular del tornillo con destrucción incipiente del glenoide debido a la colocación incorrecta de la osteosíntesis con placa en la fractura proximal del húmero con múltiples fragmentos.

La Sra. (...) debido a la deficiente operación ha sufrido daño en el hueso hasta el punto de ser necesario implantar una nueva articulación en el hombro, que le ha generado secuelas de especial gravedad».

2. Además, de lo anterior, es necesario hacer constar lo expuesto acerca de los antecedentes en el primero de los informes emitidos por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría general del Servicio Canario de la Salud (SIP), en el que se manifiesta lo siguiente:

«1.- Se trata de una paciente mujer, nacida el 22/02/1956, de 67 años al momento de los hechos. Natural de Alemania, se encontraba de vacaciones en la isla durante el incidente.

2.- Como antecedentes médicos personales, presenta hipertensión arterial y reflujo gastroesofágico. No se registran antecedentes de osteoporosis ni de enfermedades metabólicas que afecten el sistema óseo. Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomía, apendicectomía y cirugía por prolapso uterino.

3.-El 28/05/2023 (domingo), acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma tras una caída accidental al bajar un escalón (impacto sobre el lado izquierdo), con intenso dolor y pérdida de funcionalidad en el miembro superior izquierdo, especialmente a nivel de la cabeza humeral y el codo izquierdos.

- A la exploración, presenta dolor intenso a la palpación en la cabeza humeral izquierda, con el paquete vasculonervioso conservado (sin déficits nerviosos: fuerza conservada y sensibilidad preservada en la mano izquierda).*

- Se realiza una radiografía de codo y de hombro izquierdo, que muestra fractura de la cabeza humeral izquierda (ver imagen abajo).*

Imagen radiográfica del húmero mostrando la fractura

(...)

- *Se efectúa una analítica preoperatoria, se administra analgesia y se solicita interconsulta al traumatólogo de guardia.*

- *El traumatólogo indica inmovilización con cabestrillo ("sling") y cita para valoración con el Servicio de Traumatología el miércoles siguiente.*

- *La paciente es dada de alta a domicilio con tratamiento analgésico y la recomendación de regresar en caso de empeoramiento.*

4.- El 31/05/2023, la paciente acude a la consulta del Servicio de Traumatología:

- *Se le plantea la posibilidad de operarse en su país de origen, pero la paciente manifiesta su deseo de operarse en la isla.*

- *Se constata un paquete vasculonervioso conservado y la presencia de un hematoma de Hennequin en evolución (hematoma que aparece a las 48 horas en cara antero-externa de hombro por debajo del deltoides, típicamente asociado a fractura proximal del humero).*

- *Se programa la intervención quirúrgica para el día siguiente y una consulta con el Servicio de Anestesia para el mismo día.*

- *La paciente firma el consentimiento informado para fracturas y luxaciones articulares del hombro.*

A pesar de la barrera idiomática, consta en la historia clínica que se recurrió a un traductor telefónico, lo que garantiza que la paciente debió comprender el contenido del consentimiento informado a pesar de dicha barrera.

En el consentimiento se explica que el objetivo principal de la intervención es restaurar, en la medida de lo posible, la anatomía y función de la articulación. Se aclara que la indicación de uno u otro procedimiento depende del tipo de fractura o luxación y de la decisión del equipo quirúrgico. Además consta que, en algunos casos, la aplicación de los diferentes métodos utilizados puede ser temporal, requiriendo la retirada del material y nuevos tratamientos quirúrgicos, dependiendo del tipo de lesiones y la necesidad de reintervención.

También se informa sobre los riesgos y posibles complicaciones, tales como:

- *retraso o fracaso de la consolidación ósea;*

- rigidez o limitación funcional articular;*

- no obtención de estabilidad suficiente;*

- *aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado.*

5.- El 01/06/2023, la paciente ingresa para una intervención quirúrgica programada que se realiza ese mismo día.

A su ingreso, se describe radiografía (se realizó el 28/05) con hallazgos de fractura conminuta asociada a una fractura en el cuello quirúrgico del húmero.

Técnica quirúrgica:

- Se realiza un abordaje anterolateral entre los deltoides anterior y medio, tomando como referencia el nervio circunflejo.
- Se identifica una fractura conminuta en cuatro fragmentos y una fractura en el cuello anatómico.
- Se utiliza el subescapular y el manguito rotador como referencia, aplicando una sutura en 8 para el cierre.
- Se efectúa una tenotomía del bíceps debido a una tendinopatía.
- Se realiza la reducción abierta de la fractura y la fijación interna utilizando una placa bloqueada Axos Stryker de titanio.

A nivel intraoperatorio, se realizan controles fluoroscópicos, como se muestra en la imagen a continuación, que corresponde a la primera de tres imágenes tomadas. La fluoroscopia es una técnica que utiliza rayos X para obtener imágenes dinámicas en tiempo real, lo que permite guiar al cirujano durante el procedimiento, mejorando la precisión, y verificar la correcta colocación del material de osteosíntesis, tanto de la placa como de los tornillos.

Imagen radiográfica intraoperatoria

(...)

6.- El 02/06/2023, la paciente se encuentra afebril, en buen estado general, con dolor controlado y la herida quirúrgica en buen estado. Se constata el paquete neurovascular conservado y se le da de alta, explicándole las curas necesarias.

7.- Se realiza seguimiento por parte de enfermería los días 5, 9 y 12 de junio, constatando una evolución dentro de los parámetros esperados.

8.- El 12/06/2023, durante la cita de control con el traumatólogo previa a su regreso a Alemania, previsto para el 14/06/2023, la paciente refiere ausencia de dolor. Presenta la herida quirúrgica en buen estado y la herida del codo limpia. Informa que continuará con el seguimiento médico en su país de origen.

9.- La paciente presenta un informe fechado el 18/09/2023, redactado en alemán y sin la correspondiente traducción jurada, motivo por el cual no se procederá a valorar dicho documento.

10.- La reclamante aporta la traducción del TAC realizado en Alemania (de fecha desconocida), debido a la sospecha diagnóstica de dislocación o cut-out.

11.- La reclamante informa que fue necesario implantar una nueva articulación en el hombro (implante de prótesis), con secuelas de especial gravedad, sin detallar cuáles son estas secuelas ni aportar informes clínicos traducidos oportunamente».

III

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

1. El expediente comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 16 de mayo de 2024, como ya se dijo.

El día 11 de septiembre de 2024, se dictó la Resolución n.º 641/2024 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por la interesada.

2. Tras la correspondiente tramitación procedimental, referida en el dictamen anteriormente mencionado, se formuló Propuesta de Resolución, el día 26 de febrero de 2026, que fue de dicho Dictamen 130/2026, por el que se le requirió a la Administración sanitaria la realización de diversas actuaciones en los siguientes términos:

«En el presente asunto, por las razones anteriormente expuestas, se deben retrotraer las actuaciones con la finalidad de que, una vez que se le haya permitido a la interesada el acceso completo a su historial médico, se acuerde la apertura de una nueva fase probatoria durante la cual la interesada pueda presentar el informe médico-pericial, tras ello se le otorgará el trámite de vista y audiencia y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución, sobre la que dictaminará preceptivamente este Consejo Consultivo».

3. En el nuevo expediente remitido a este Consejo Consultivo obra oficio remitido a la interesada con el siguiente contenido:

«En relación con el Expediente de Responsabilidad Patrimonial n.º 92/24 iniciado a instancia de (...) mediante la presente se comunica que las imágenes de las radiografías solicitadas se encuentran a su disposición en formato CD en las dependencias de los Servicios Jurídicos del Hospital General de la Palma pudiendo retirarlos la interesada, o bien representante debidamente autorizado».

Este oficio le fue notificado electrónicamente a la interesada conforme al art. 43 LPACAP, constando documentalmente que no accedió a la misma. Además, en la

página 203 del expediente anterior obra que la interesada eligió como medio de notificación preferente el electrónico.

Pues bien, en el art. 43.2 LPACAP se dispone que *«Las notificaciones por medios electrónicos se entenderán practicadas en el momento en que se produzca el acceso a su contenido»*.

Cuando la notificación por medios electrónicos sea de carácter obligatorio, o haya sido expresamente elegida por el interesado, se entenderá rechazada cuando hayan transcurrido diez días naturales desde la puesta a disposición de la notificación sin que se acceda a su contenido».

Por tanto, ello implica que la notificación se efectuó correctamente y que no fue atendida.

Las actuaciones que requirió este Consejo Consultivo tenían por finalidad permitir que la interesada, una vez que hubiera accedido a la documentación solicitada por ella, pudiera presentar un informe pericial, como manifestó por escrito; sin embargo, al no haber atendido a la notificación correctamente hecha, como ya se ha indicado, las siguientes actuaciones administrativas requeridas, fase probatorio y consiguiente trámite de audiencia, carecen de todo sentido, sin que con la omisión de las mismas se le haya causado indefensión a la interesada.

Finalmente, se ha de tener en cuenta que en el expediente anterior, consta que se acordó la apertura de la fase probatoria y que se le otorgó el trámite de vista y audiencia en dos ocasiones.

4. Después de ello, el día 8 de julio de 2026, se emitió una nueva Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima nuevamente la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para atribuir responsabilidad patrimonial al SCS.

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 26/2026, de 26 de enero, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que “para apreciar

la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño”.

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que “la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) «que el hecho de que la responsabilidad sea 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, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

“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 ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria”.

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento», doctrina que resulta ser aplicable al presente supuesto.

3. A la hora de abordar la cuestión de fondo objeto del presente Dictamen, se ha de tener en cuenta, en primer lugar, el primer informe del SIP, en el que se señaló, con base en la documentación médica obrante en el expediente, que:

«1.- Desde su ingreso en el Servicio de Urgencias el 28/05/2023, la paciente fue diagnosticada correctamente con fractura proximal del húmero.

Se realizaron los estudios diagnósticos pertinentes (radiografía) para confirmar la fractura, y se consultó al especialista (traumatólogo) para planificar la intervención quirúrgica. También se realizaron las pruebas pertinentes dentro del protocolo preanestésico (analítica y radiografía de tórax). En todo momento se descartó la presencia de daños nerviosos o vasculares, cuya presencia habría indicado la necesidad de una intervención urgente.

2.- En cuanto al tratamiento: se inmovilizó con un cabestrillo hasta que se realizó la intervención quirúrgica en los tiempos adecuados (dentro de los primeros 7 días).

- Durante la intervención ortopédica, se confirmó el hallazgo radiológico de una fractura particularmente compleja, ya que era conminuta (fragmentada en cuatro fragmentos) y afectaba al cuello anatómico de la cabeza del húmero, una zona de alta relevancia funcional.*

- En pacientes con fracturas, el propósito inicial es realizar el tratamiento menos invasivo posible y que logre el mejor resultado funcional. Sin embargo, en casos complejos como el que se presenta, los métodos conservadores, tales como la reducción cerrada y la inmovilización, no suelen ser suficientes para garantizar la alineación y estabilización adecuada de los fragmentos óseos. Esto llevó a la indicación de una intervención quirúrgica. Se llevó a cabo una reducción abierta (alineación de los fragmentos óseos mediante cirugía) y una fijación interna con materiales de osteosíntesis. Para ello, se utilizó una placa*

bloqueada de titanio (fijada con tornillos al hueso), lo que ayuda a minimizar el riesgo de aflojamiento.

- El tratamiento quirúrgico tiene siempre como propósito restablecer la mejor alineación anatómica posible. No obstante, la verdadera posibilidad de alcanzar una alineación perfecta depende del tipo de fractura, las condiciones generales del paciente, su edad y la calidad ósea. Además, el éxito del procedimiento está estrechamente relacionado con el cumplimiento de las recomendaciones postquirúrgicas del paciente, tales como las indicaciones sobre inmovilización y rehabilitación.

- Durante la cirugía, se comprobó en tiempo real, mediante técnica fluoroscópica, la correcta colocación del material de osteosíntesis.

- El traumatólogo informa que, debido a las particularidades y complejidad de la fractura, para poder reducirla y específicamente reducir el fragmento del troquiter [protuberancia del hueso donde se insertan varios músculos importantes del hombro, área especialmente relevante para la movilidad del hombro], fue necesario ascender un poco la placa.

Esto implica que la fijación se adaptó al tipo de fractura y se posicionó de manera tal que permitió una reducción (unión) aceptable de todos los fragmentos, a pesar de las complejidades inherentes a la fractura.

Lo anteriormente expuesto refuerza que no hay pruebas de un posicionamiento incorrecto de la osteosíntesis, tal como afirman los reclamantes. De hecho, en el TAC realizado en Alemania, no se describe que la placa esté mal posicionada (aplicada lateralmente, lo cual es la posición correcta) y se observa desplazamiento de un tornillo con penetración en la cavidad articular, ausencia de consolidación ósea (se observa línea de fractura), con desplazamiento de los fragmentos óseos (es decir pérdida de la reducción).

3.- El traumatólogo documenta que este tipo de fracturas [a pesar de un manejo adecuado], pueden presentar complicaciones como:

- Pérdida de la reducción, que podría requerir una reintervención (reosteosíntesis).
- Fallo de la osteosíntesis que se pueden comprobar durante los controles posteriores postquirúrgicos y que podría requerir el implante de una prótesis.

Se documenta que la paciente firmó el consentimiento informado, en el cual se detallaron estas posibles complicaciones, como retraso o fracaso de la consolidación ósea, rigidez articular, aflojamiento del material implantado, rotura o penetración intraarticular del material implantado, y la posibilidad de tener que realizar una nueva cirugía. La paciente estaba consciente de estos riesgos, y se le explicó también las características de la fractura y su complejidad. Se le planteó la opción de someterse a la cirugía en su país, ya que no se trataba de una intervención urgente. Sin embargo, decidió realizarse la cirugía en

la isla, a pesar de tener que regresar a su país a los pocos días, lo que le impediría recibir el seguimiento postoperatorio en el lugar donde se sometió a la intervención.

4.- Tras la cirugía, en los días posteriores, se reportó que la paciente estaba afebril, sin dolor (12/06) y con el paquete neurovascular conservado. La herida quirúrgica se encontraba en buen estado. Esto indica que no hubo complicaciones locales ni sistémicas inmediatas tras la intervención quirúrgica, como infecciones, lesiones vasculares o nerviosas. En caso de una osteosíntesis mal colocada desde el principio, sería esperable que la paciente hubiese presentado deformidad, dolor persistente (considerado un indicador clínico confiable de la evolución de la curación de una fractura) o alteraciones vasculares o nerviosas en este periodo.

Habitualmente, el Servicio de Traumatología realiza un seguimiento posterior al tratamiento quirúrgico, verificando la evolución clínica y la consolidación de la fractura mediante radiografías de control (generalmente a las 2 o 4 semanas, según se menciona en el informe del traumatólogo) y exploraciones físicas.

En este caso, hubo seguimiento durante los días posteriores y hasta el 12 de junio, momento en el cual se constató que la evolución clínica se desarrollaba dentro de lo esperado en el proceso de recuperación. No se observó clínica sugestiva de complicaciones postoperatorias (como infecciones o desplazamientos) que justificaran un control radiológico inmediato en esa primera fase. Las radiografías de control suelen realizarse más adelante, entre las 2 y 4 semanas, para confirmar la consolidación y evolución de la fractura, que no se realizaron porque la paciente ya había vuelto a su país.

5.- En el caso planteado, se realizó posteriormente una artroplastia en Alemania tras identificarse complicaciones en la evolución, como un cut-out de los tornillos, la ausencia de consolidación y pérdida de la reducción con resultado del desplazamiento de los fragmentos óseos. Tanto la posibilidad de una reintervención como estas complicaciones estaban contempladas en el consentimiento informado firmado para la intervención realizada el 1/06/2023.

El cut-out de los tornillos y la falta de consolidación no implican que la colocación inicial fuera incorrecta (además, se verificó su correcta posición durante la cirugía). Estas complicaciones pueden estar relacionadas con diversas variables, como las características específicas de la fractura, la calidad ósea de la paciente o el curso del postoperatorio. Además, factores adicionales, como un posible percance en la vida diaria de la paciente o el incumplimiento de las recomendaciones médicas, podrían haber influido en la evolución clínica y el resultado final.

6.- En su momento, tal como indica el consentimiento informado, la decisión de realizar este tipo de procedimiento quirúrgico en lugar de otro (por ejemplo, la artroplastia) se basó en el tipo de fractura y en la decisión del equipo quirúrgico.

La artroplastia suelen tener indicación en pacientes con antecedentes de osteoporosis (enfermedad no referida por la paciente) o con baja demanda funcional. En cambio, la reducción con osteosíntesis permite obtener mejores resultados funcionales (manteniendo la articulación del paciente) y presenta menos secuelas en comparación con el implante de una prótesis.

Siguiendo el principio general de actuar de manera lo más conservadora posible, minimizando las posibles secuelas funcionales, se prefirió implementar la técnica quirúrgica que resultara más favorable en estos aspectos.

7.- No contamos con información sobre la evolución clínica y las secuelas de la paciente una vez regresó a su país natal. El único documento proporcionado y traducido es el informe de la prueba TAC, pero no se ha aportado el informe original ni se ha indicado la fecha en la que se realizó la prueba».

4. En segundo lugar, en el informe complementario del SIP, obrante también en el expediente anterior, se afirma que:

«1.- Tras su intervención del 01/06/2023 y el seguimiento ortopédico realizado en la isla de La Palma (hasta el 12/06/2023), la paciente fue atendida en Alemania y sometida a una cirugía ortopédica en el hombro izquierdo el 3/07/2023 por: tornillo que sobresale, introduciéndose en la cavidad articular, con destrucción de la cavidad glenoidea, daños en el manguito de rotadores, rigidez reactiva parcial del hombro y sinovitis intraarticular masiva. Se realiza revisión quirúrgica, con retirada de material de osteosíntesis y se procede a la implantación de prótesis de hombro.

Recordamos que:

1a.- En el Consentimiento Informado (C.I.) firmado por la paciente en el Hospital General de La Palma el 31/05/2023, antes de la cirugía de osteosíntesis con placa y tornillos, se contemplaban dichos riesgos, en específico:

- posibilidad de reintervención y necesidad de retirada del material de osteosíntesis;*
- rigidez o limitación funcional articular;*
- aflojamiento-rotura o penetración intraarticular del material implantado;*
- retraso o fracaso de la consolidación ósea.*

1b.- No se llegó a realizar el control radiográfico habitualmente previsto a las 2 semanas para comprobar la evolución de la fractura y del tratamiento, ya que la paciente regresó a su país natal.

1c.- Además, el servicio implicado informa que, en caso de complicaciones y de que la osteosíntesis falle- situación que puede evidenciarse en el seguimiento postoperatorio (que la paciente realizó en su país de origen, Alemania) o sospecharse ante una mala evolución clínica- la colocación de una prótesis constituye una posibilidad terapéutica. Asimismo,

explica que, dadas las características de la lesión, fue necesario adaptar la posición de la placa, con la consiguiente posibilidad de que ello causara un impingement (conflicto, fricción de la placa con la articulación) y pudiera hacer necesaria una reintervención.

2.- Tras la intervención realizada en Alemania del 3/07/2023, la paciente realizó tratamiento de continuación en clínica rehabilitadora (24/08/2023-14/09/2023). En el informe de alta de 14/09/2023 se hace constar que, en la exploración final, a pesar de la limitación en la movilidad articular, la paciente “podía utilizar correctamente el brazo izquierdo sin dolor y era autónoma para las actividades cotidianas, con cicatrices irrelevantes.” Se registra que se suspende la analgesia.

3.- En el peritaje aportado por la reclamante, realizado en Alemania bajo encargo de 15/08/2024, se refleja que el tipo de fractura sufrida por la paciente fue una “ lesión grave que desde el primer momento tenía un mal pronóstico y condiciones de tratamiento difíciles” y que “teniendo en cuenta la gravedad de la fractura conminuta, podría ser que el resultado simplemente no pudiera ser mejor”.

Esto coincide con lo que describe el traumatólogo en su informe, en el que se destaca la complejidad de la fractura y la necesidad de adaptar el tratamiento quirúrgico al tipo de lesión.

• Asimismo, en el peritaje aportado, se clarifica que la indicación inicial (en La Palma) de aplicar una osteosíntesis en lugar de aplicar directamente una prótesis “no se puede clasificar definitivamente como un error, porque sobre la aplicación de este tipo de tratamiento [se refiere a endoprótesis primaria] existen discrepancias.” En otro punto, sobre “notas de la literatura científica sobre lo anterior” se recoge que “de ningún modo se recomienda ningún procedimiento estándar para el tratamiento quirúrgico de la fractura de la cabeza del húmero. Incluso frente a la implantación de una prótesis de cabeza del húmero para las fracturas complejas de cuatro fragmentos, se plantean críticas debido a sus resultados a veces insatisfactorios a largo plazo” (...) Y sobre la indicación de endoprótesis primaria se refleja en el peritaje condiciones como de calidad ósea reducida (no demostrada en el caso de la paciente) o si se da el caso de una osteosíntesis fracasada, tal como fue finalmente el caso de la paciente.

Es decir, la realización de este tipo de procedimiento (osteosíntesis con placa y tornillos) estaba correctamente indicada.

• En el peritaje se afirma que el único fallo que se percibe en la técnica quirúrgica empleada el 01/06/2023, según el perito, es el hecho de que un tornillo sobresaliera por la cabeza del húmero aproximadamente 1 cm y se dirigiera a la superficie articular. Este, realmente, es un dato descrito en la TAC realizada en Alemania el día 22/06/2023, es decir, posteriormente a la cirugía, en la que se describe que “uno de los tornillos sobresale por la

cabeza del húmero aproximadamente 1 cm hacia el espacio articular de la cavidad glenoidea y tiene la punta clavada directamente en la superficie de la cavidad”.

Mientras, el perito, en el apartado “radiografías”, describe de las radiografías intraquirúrgicas del hombro izquierdo únicamente que en la zona craneal “parece que sobresalen dos tornillos”. Es decir, sin una firme certeza. En el mismo peritaje, donde se reporta el informe de la visita ambulatoria traumatológica del 22/06/2023 realizada en el Hospital Evangélico de Oberhausen, se registra en el apartado “diagnóstico por la imagen” que las radiografías-imágenes intraquirúrgicas- muestran que “el tornillo craneal [referido al tornillo aplicado a la cabeza del húmero, hueso del brazo] sobresale por la esponjosa”, pero no se describe que salga de la cortical. El hueso esponjoso o trabecular es la parte interna del hueso, en contraste con la cortical, que es la capa externa, compacta. No se describe que haya llegado a perforar la cortical ni a invadir el espacio articular (entre el húmero y la escápula) y, en consecuencia, perforar la superficie glenoidea (es la superficie de la escápula que se articula con el húmero).

Todo ello, encaja con un desplazamiento del tornillo y penetración del mismo, posibilidad además contemplada en el C.I. firmado por la paciente.

(...)

CONCLUSIONES FINALES:

1.- El tipo de procedimiento ortopédico aplicado el 01/06/2023 en el Hospital General de La Palma estaba correctamente indicado.

2.- No queda demostrado que la técnica quirúrgica fuera deficiente y, en específico, que el tornillo se colocara de forma incorrecta ni que, en ese momento, estuviera sobresaliendo del hueso del húmero y afectando la superficie articular glenoidea (parte de la escápula que se articula con el húmero). La penetración del clavo constituye una complicación sobrevenida, de la cual no hubo indicios con anterioridad a su regreso a Alemania (última cita en La Palma el 12/06/2023), en una paciente que, además, presentaba una evolución inmediata posoperatoria correcta.

3.- Las complicaciones que ha presentado la paciente, incluida la penetración del material de osteosíntesis (clavo), estaban contempladas en el C.I. que firmó antes de la cirugía del 01/06/2023.

4.- No queda demostrado, tal como afirma el propio perito, que las secuelas presentadas por la paciente sean consecuencia de una técnica quirúrgica deficitaria. Las secuelas reflejadas en la documentación (rigidez articular y limitación funcional) estaban igualmente contempladas en el C.I., además de constituir una posible secuela tras la implantación de una prótesis de hombro y, tal como señala el perito, en principio son consecuencias de la gravedad propia de la fractura.

Resaltar que, el 14/09/2023, tras el alta de la clínica rehabilitadora en Alemania, se describe que la paciente está sin dolor y que las limitaciones no comprometen el uso funcional del brazo izquierdo ni su autonomía para las actividades cotidianas».

5. Pues bien, lo expuesto en este informe demuestra suficientemente que durante todo el proceso médico la Administración cumplió con su obligación de medios, que no de resultados, poniendo a disposición de la interesada todos los medios personales y materiales con los que cuenta el SCS, efectuándose en el momento adecuado las pruebas diagnósticas que fueron precisas, haciéndose un seguimiento y tratamiento constante de las dolencias de la interesada y ejecutándose la referida cirugía de forma correcta

Por tanto, se ha demostrado que siempre se actuó conforme a *lex artis*, y que las secuelas derivadas de la intervención, pérdida de reducción, son propias de los riesgos inherentes a tal cirugía, conocidos sobradamente por la interesada, y que pese a realizarse de modo correcto, fueron inevitables.

6. Por último, en relación con la carga de la prueba en el ámbito de la responsabilidad patrimonial cabe señalar, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 137/2025, de 3 de abril), 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- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, 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 la *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, RJ\2013\2430).

7. En conclusión, no se ha probado por la reclamante la concurrencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por el mismo, sin que se haya observado en el estudio del presente dictamen infracción alguna de la *lex artis*.

CONCLUSIÓN

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que desestima la reclamación formulada, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.