

Dictamen n.º: **421/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 8 de julio de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, promovido por la representación letrada de Dña., por los daños y perjuicios sufridos, que se atribuyen a deficiencias en el tratamiento de una fractura en el Hospital Universitario de Getafe, lo que le ocasionó una deformidad y pérdida de movilidad en el brazo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 20 de junio de 2024, un abogado presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigido al Servicio Madrileño de Salud, actuando en nombre de la paciente, a través de una representación notarial conferida por una de sus hijas, quien, a su vez, la otorgaba en calidad de apoderada de su madre.

En su escrito de reclamación refiere que la paciente sufrió una caída casual el día 8 de febrero de 2024, por lo que fue atendida en el Hospital Universitario de Getafe, diagnosticándole una fractura de radio distal, que fue tratada mediante reducción y vendaje enyesado.

El escrito indica que la paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del mismo hospital la mañana siguiente, por presentar dolor en la muñeca izquierda durante toda la noche y, al abrir el yeso, le ocasionaron un corte en el dorso de la muñeca, anotándose que era “*de unos 4 centímetros*”. Que se le realizó una cura con linitul y el cierre y sutura de la herida con 15 grapas y se sustituyó el yeso por una férula, además de pautarle amoxicilina en el domicilio.

Señala la reclamación, en cuanto a la asistencia del día del accidente, que se desconoce si se realizó efectivamente la reducción de la fractura de la accidentada, o si únicamente se llevó a cabo una inmovilización de la lesión con muñequera de escayola, “*posiblemente en posición de Judet, con la muñeca en flexión palmar*”, y que tampoco se puede determinar si la herida del día siguiente se causó con la sierra vibradora o con la tijera.

Continúan relatando que el día 14 de febrero de 2024 se procedió a efectuar otra cura de la herida, que entonces se anotó que medía 6 centímetros y, además, en esa ocasión la paciente refirió estar presentando melenas de unos días de evolución y mal control del Sintrom.

Por esa circunstancia, se la derivó a Urgencias para efectuarle una radiografía de la muñeca, a cargo del Servicio de Traumatología, y se indicó que, posteriormente, fuera revisada por Medicina Interna para la valoración de las melenas. Adicionalmente, fue citada para revisión en una semana.

Según se relata, esa misma noche, la paciente ingresó de manera urgente en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Getafe – HUG- por cuadro de hematoquecia de 1 día de evolución y, en las 48 horas siguientes, la paciente no presentó nuevos episodios de exteriorización de sangrado digestivo y mantuvo la hemoglobina en

ascenso, por lo que se decidió el alta hospitalaria para continuar el tratamiento y la observación de forma ambulatoria.

Con fecha 15 de febrero de 2024, una de las hijas de la paciente formuló una queja ante el SERMAS, cuestionando la asistencia en Urgencias del día de la caída y la del día siguiente, fecha en que *“se decidió abrir un poco la escayola para que tuviera holgura, por si hubiera inflamación de la zona”* y se ocasionó un corte en la mano a su madre, lo que obligó a sustituir la escayola por una férula para que pudiera cicatrizar la herida. Se consideraba que ello podría ocasionar problemas de soldadura del hueso, argumentando que *“la rigidez proporcionada por la férula no se puede igualar a la que da una escayola”*, pudiendo ello derivar en problemas de funcionamiento de la muñeca, agravando las dificultades derivadas de la propia edad de su madre.

La reclamación también refiere el contenido de un informe emitido por el médico de Atención Primaria del Centro de Salud Las Margaritas, de fecha 6 de marzo de 2024, que recoge el relato de lo sucedido, destacando que el proceso *“alteró todos los parámetros analíticos de la paciente y le ocasionó un deterioro general asociado a un cuadro ansioso depresivo, miedo a salir a la calle e insomnio, todo ello reactivo a los procesos anteriores”*.

A continuación, se indica que le retiraron la férula el 21 de marzo de 2024 y que, en consulta de seguimiento del 14 de mayo de 2024, se anotó que la paciente estuvo inmovilizada con una férula volar por la circunstancia de *“haber sufrido una herida con la sierra, en el dorso de la muñeca”*, que presentaba un desplazamiento secundario de radio distal, severo, con desviación dorsal y radial, dolor con las movilizaciones y a la palpación y que, en la última radiografía, se constató que la fractura seguía sin consolidar y que la afectada presentaba también artropatía de manguito en el hombro derecho, por lo que precisó de una infiltración previa.

Se destacaba igualmente la influencia de lo sucedido en el deterioro general de la paciente y, finalmente, se explicaba que, para solucionar la patología en la muñeca derecha, sería necesaria una cirugía, reflejando la complicación que determinaba que la paciente fuera pluripatológica, si bien, en ese momento, se encontraba muy limitada por el problema del brazo, procediendo a citarla en la Unidad de Mano para su valoración.

Por razón de lo expuesto, considera la reclamante que la asistencia dispensada a la paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe no fue acorde a la *lex artis ad hoc*, destacando que, a la hora de retirarle la escayola, le provocaron una herida sangrante en el brazo, de gran tamaño, con un elemento cortante, que requirió de 15 grapas para cerrarla, lo cual le había causado unas secuelas posteriores que complicaban aún más su estado basal, al ser una paciente con edad avanzada. Todo ello, además, propició la consolidación viciosa de la propia fractura, por la deficiente inmovilización del hueso dañado, con desviación cubital, dorsal y de clara prominencia de la apófisis estiloides cubital.

Solicita, por todo ello, una indemnización de daños y perjuicios por un importe total de 85.000 €, que no desglosa, indicando que se corresponden con los días de curación, las secuelas estéticas y el daño moral.

Junto con la reclamación se aportó: el poder general para pleitos conferido por una de las hijas de la paciente al letrado actuante; un apoderamiento notarial de la paciente, de carácter solidario en cuanto al ejercicio de acciones judiciales y actuaciones administrativas y mancomunado en cuanto a actos de disposición sobre los bienes y derechos de la poderdante, en favor de todos sus cuatro hijos; un informe de viabilidad de la reclamación suscrito por un médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 9 de abril de

2024, en línea con los planteamientos de la reclamación; copia de la queja de 15 de febrero de 2024 y finalmente, diversa documentación clínica de la asistencia dispensada, fotografías de la lesión, su evolución y su estado final - folios 1 al 70-.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

La paciente era una mujer de 85 años de edad, en el momento en que se produjeron los hechos por los que se reclama, con diversos antecedentes médicos, de entre los que destaca la hipertensión arterial, presentar fibrilación auricular paroxística y extrasistolia ventricular monomórfica de alta intensidad e insuficiencia cardiaca con FEVI normal, en tratamiento con antiagregantes; haber sufrido una hemorragia digestiva alta documentada en 2019; padecer enfermedad renal crónica, asma bronquial persistente y osteoporosis complicada con riesgo de fracturas, secundaria al uso de corticoides documentado, entre 2006 y 2017.

Según resulta de la historia clínica remitida, la paciente acudió el 9 de febrero de 2024 al Servicio de Urgencias de Traumatología del Hospital Universitario de Getafe- HUG- por una fractura metafisaria del radio distal izquierdo, producida tras una caída.

La fractura se redujo con un yeso, que informaron de manera satisfactoria con una radiografía posterior.

Al día siguiente se decidió abrir el yeso para evitar la posible inflamación, ya que la paciente presentaba dolor persistente y durante esa apertura se le causó una herida en el dorso de la muñeca, que fue suturada y cerrada con grapas, pautando como medida profiláctica antibiótico y decidiendo cambiar el yeso por una férula, para su mejor control y seguimiento, citándola dos días más tarde para una cura.

Los días 11 y 14 de febrero de 2024 se le hicieron radiografías de control, confirmando la reducción de la fractura, además de revisar el buen aspecto de la herida y el día 21 de febrero de 2024, cursó el alta hospitalaria, constando un nuevo estudio radiológico de muñeca y valoración por Traumatología antes del alta.

El 29 de febrero de 2024, se le retiraron las grapas por parte de Enfermería, revisándola de nuevo el 6 de marzo siguiente, procediendo a efectuar otra cura y una nueva radiografía, que se repitió el día 17 de marzo de 2024.

El 21 de marzo de 2024 se le retiró la férula, apreciando una deformidad en la muñeca en el contexto de la fractura y buen aspecto de la herida. Se derivó a la paciente a Rehabilitación preferente.

El 16 de abril de 2024 la paciente acudió a Urgencias de Traumatología del HUG para revisión, constatando una consolidación viciosa por pérdida de reducción, dolor en el radio distal a la palpación y buen aspecto de la cicatriz. Se informó a la paciente de la posibilidad de operarse la muñeca para corregir la deformidad; pero al no querer operarse, se la citó en un mes con radiografía para darle el alta.

El 14 de mayo de 2024, acudió nuevamente a consulta de Traumatología del HUG. Presentaba deformidad severa con desviación dorsal y radial y dolor con las movilizaciones y a la palpación en el radio distal. En la última radiografía se observaba fractura sin consolidar, con gran desplazamiento. Le explicaron que requeriría cirugía para corregir la muñeca y fue derivada a la Unidad de Mano.

El día 21 de mayo de 2024 acudió a la Unidad de Mano, se le realizó una nueva radiografía y le explicaron las posibilidades quirúrgicas que tenía; aunque la paciente las rechazó y se le propuso una ortesis rígida metacarpiana y la revisión para ser evaluada en otros 2 meses.

El 23 de julio de 2024 la paciente se replanteó la operación, le hicieron una radiografía y una TAC para valorar el acortamiento cubital.

El informe clínico de fecha 21 de octubre de 2024, de la tomografía computarizada realizada a la paciente, indica que, la prueba de imagen mostraba una “*consolidación de angulación palmar del fragmento distal*”, lo que condicionaba la deformidad. También se observó una discreta alteración de la inestabilidad del hueso semilunar, de la muñeca e importantes cambios degenerativos en la articulación trapecio-metacarpiana, con formación osteofitaria y subluxación.

No constan documentadas otras asistencias posteriores.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Mediante oficio de 28 de junio de 2024, la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS comunicó formalmente a la reclamante, a través de su letrado, el comienzo de la tramitación del expediente, con indicación de la normativa rectora y del sentido desestimatorio del silencio, en caso de no resolverse su reclamación en plazo de 6 meses.

Consta en el procedimiento remitido la incorporación de la documentación asistencial de la paciente en Atención Primaria, en relación con la reclamación, remitida desde el Centro de Salud Las Margaritas, de Madrid, junto con in informe suscrito por la doctora de familia de la paciente, de 9 de julio de 2024, que indica que en esa fecha persistía el dolor crónico de la mano de la accidentada, precisando analgesia diaria, alternando paracetamol y Nolotil. También presentaba limitación de movilidad de la muñeca y precisaba ayuda de

otra persona para el aseo, vestido y tareas domésticas y que le costaba acostumbrarse a la nueva situación.

Añade que salía a la calle siempre acompañada, por miedo a volver a caerse y destaca que había visto muy limitada su vida social, con afectación anímica, pues antes realizaba actividades manuales en el centro cívico, que ya no podía realizar- folios 71 al 75-.

A continuación, consta un informe emitido por parte del responsable del servicio cuestionado, analizando la asistencia dispensada- folios 76 al 80-.

En particular, explica que, en la primera asistencia, se realizó una reducción y la inmovilización de la fractura con yeso cerrado, a la paciente y aclara: *“es cierto que no queda reflejado en el informe la realización de la reducción, pero, además de ser el procedimiento habitual en estos casos, es evidente que se realizó una reducción de la fractura al comparar las radiografías de ese día.*

Además, la Dra... que atiende a D^a ,... refleja en el informe ‘rx post satisfactoria’, haciendo referencia a rx post-reducción, algo que además se corresponde con las imágenes donde se aprecia una reducción completa y anatómica de la fractura”.

En cuanto a la actuación del día siguiente, en que se causó el corte a la accidentada y se sustituyó el yeso por una férula, se indica: *“tras informar a la paciente, se realiza apertura del yeso en la Urgencia produciéndose una herida que requiere sutura con grapas. Esto es una complicación posible durante la realización de este procedimiento, especialmente en pacientes con piel frágil, como es el caso de D^a..., a pesar de tomar todas las precauciones posibles y realizar el procedimiento con el cuidado y pericia exigible al profesional. La apertura dorsal del yeso es la práctica habitual estándar realizada en nuestro*

hospital y aceptada por la comunidad científica. Esto se debe a varios motivos:

-Primero, dada la desviación volar y cubital que hay que dar a la muñeca para mantener la reducción de la fractura realizada previamente, el dorso del antebrazo es más accesible que la cara volar.

-Segundo, al realizarlo en el dorso evitamos poner en riesgo estructuras nobles, como arterias y nervios que habrían podido verse afectados de realizar este procedimiento, en un lugar diferente al dorso del antebrazo”.

Sobre las atenciones posteriores, relata que se le realizó cura y cierre de la herida, procediendo a inmovilizar la fractura en la reducción conseguida con una férula de yeso y afirma: *“es evidente que la fractura es inmovilizada con férula en una posición correcta, ya que esta se mantiene en el control radiológico realizado el 11 de febrero de 2024, donde presenta una inclinación volar de la superficie articular de 13°, una inclinación radial de 21° y una correcta longitud del radio respecto al cubito. Estos parámetros son considerados correctos para una reducción de una fractura de radio distal”.* Y también: *“Respecto a la inmovilización con férula o yeso abierto, es perfectamente válido y aceptado la inmovilización con férula para las fracturas de radio distal, especialmente en las primeras semanas”.*

Refiere que, a continuación, se le efectuó seguimiento de forma cercana y poniendo todos los medios necesarios en el tratamiento de la lesión, detallando el seguimiento documentado. En cuanto a sus otras patologías, destaca particularmente que su cuadro de sangrado digestivo no guardaba ninguna relación con el tratamiento ahora cuestionado.

Sobre la situación de la paciente a la fecha del informe, se indica que es importante recordar que es normal en la evolución de las fracturas de radio distal, incluso con reducción anatómica, la persistencia de molestias durante un año y una pérdida de movilidad residual, que normalmente se mantiene en un rango funcional (extensión 30°, flexión 30°). En todo caso, indica que la paciente se encontraba en seguimiento en la consulta, pendiente de pruebas y con varias posibilidades abiertas de manejo terapéutico.

Consta igualmente remitida la documentación de la historia clínica referida a la asistencia en el HUG – folios 81 al 143-.

El 17 de enero de 2025, el letrado actuando solicitó al SERMAS, la remisión de copia de todo lo actuado hasta el momento, proporcionándosela el 31 de enero siguiente, mediante archivo digital- folios 145 al 150-.

Obra igualmente en el expediente el detallado informe emitido por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la interesada y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*- folios 151 al 170-.

Se adicionan a continuación todas las radiografías efectuadas a la paciente en el curso del desarrollo asistencial cuestionado y un informe clínico de 21 de octubre de 2024, sobre la tomografía computarizada realizada a la paciente - folios 171 al 180-.

En dicho informe se indica que, la prueba de imagen mostraba una “*consolidación de angulación palmar del fragmento distal*”, lo que condicionaba la deformidad. También se observó una “*discreta alteración del DISI del semilunar*” e importantes cambios degenerativos

en la articulación trapecio-metacarpiana, con formación osteofitaria y subluxación.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante, que consta recepcionado el 24 de noviembre de 2025 por su letrado- folio 185-, efectuando alegaciones finales el día 15 de diciembre siguiente, en las que considera acreditada la mala praxis asistencial por la que reclama, adjuntando un informe pericial de 11 de julio de 2025, suscrito por un doctor en Medicina y Cirugía, que cuestiona el tratamiento aplicado, afirmando que habría sido más adecuado valorar la inestabilidad de la fractura y por esa razón, proceder a la colocación de las denominadas “*agujas de Kirschner*”. En cuanto al corte en el dorso de la mano, considera que, si hubieron de cerrarlo con 15 grapas, mediría unos 10 centímetros y, finalmente, destaca la impotencia funcional que presentaba la paciente, que considera motivada por una asistencia médica inadecuada y contraria a la *lex artis*- folios 190 al 208-.

Finalmente, el 9 de junio de 2026 se formuló propuesta de resolución en la que se desestima la reclamación al considerar que la actuación de los servicios implicados en el proceso asistencial de la interesada fue acorde a la *lex artis* y el daño no resulta antijurídico.

CUARTO.- El 15 de junio de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 426/26 a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 8 de julio de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000€, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la atención médica que es objeto de reproche, actúa representada por un letrado, a quien una de sus hijas -actuando en su nombre- ha conferido apoderamiento en documento público.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria fue dispensada por el Hospital Universitario de Getafe, integrado en el SERMAS.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, la reclamación se ha formulado el 20 de junio de 2024, constando documentadas asistencias incluso posteriores a la paciente, del mes de octubre de 2024, por lo que no hay duda de que la reclamación se ha efectuado en plazo.

En cuanto al procedimiento, de acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, se ha incorporado la historia clínica en relación con la asistencia cuestionada, se ha recabado el informe del servicio implicado en el proceso asistencial de la reclamante. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria y se ha conferido el correspondiente trámite de audiencia a la reclamante. Finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del

funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995,*

25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea*

antijurídico, es decir: “que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar”, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc».

En consecuencia, lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria: *«...es 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 este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente» (STS Sección 6ª Sala CA, de 7 marzo 2007).*

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la

técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

QUINTA.- En el presente caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante imputa *mala praxis* en cuanto al tratamiento dispensado a su fractura de radio en el HUG, cuestionando las decisiones terapéuticas y la propia técnica empleada al reducir la fractura e inmovilizarle el brazo, pues considera que todo ello determinó una ineficiente consolidación del hueso y la deformidad subsiguiente del brazo. Adicionalmente, también se considera que medió desatención motivadora de responsabilidad patrimonial durante la sustitución del yeso por la férula, el día siguiente al del accidente, con la consecuencia de haberle producido un corte a la paciente, de entre 6 y 10 centímetros, en el dorso de la mano.

Expuestos los términos de la reclamación, y acreditado que la afectada mantiene deformidad, limitación funcional y dolor a la movilización, en determinado rango articular, además de la cicatriz propia de la herida y, por tanto un daño, resulta esencial determinar si se produjo infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales implicados en el proceso asistencial, para lo cual debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que

configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

De otra parte, como es sabido, y así lo destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, la reclamante adjunta un informe pericial en apoyo de sus pretensiones y adicionalmente consta, en sentido contrario, abundante información técnico-médica, respaldada por la historia clínica, que además ha sido examinada y analizada en el informe del responsable de la asistencia cuestionada y también por el emitido por la Inspección Sanitaria, que consideran que el conjunto de la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que*

expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)” y “no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...).”

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, en estos casos, *“es procedente un análisis crítico de los mismos [los informes], dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”*. Según lo indicado, deberemos analizar la solvencia y fundamentación de las valoraciones técnico-médicas incorporadas al expediente (: la del perito de parte y la de la Inspección sanitaria); ya que son parcialmente contradictorias.

En el supuesto analizado, la amplia fundamentación de las explicaciones vertidas por los informes recabados por la Administración Sanitaria nos lleva a decantarnos por su criterio, en lo relativo al análisis de las decisiones terapéuticas y la técnica empleada.

Así, según explica la Inspección médica, se trataba de solventar una fractura del extremo distal del radio, que es una de las fracturas diagnosticada con más frecuencia, correspondiendo a un 15% del total de las fracturas. La población a la que afecta tiene distribución bimodal, destacando el grupo de las mujeres con perfil osteoporótico, con traumatismos de baja energía, como ocurrió en este caso, y un segundo grupo de pacientes jóvenes con traumatismos de alta energía.

Las fracturas de radio distal pueden clasificarse como “*extra articulares*” o “*intraarticulares*”. Las extraarticulares a su vez, pueden ser “*desplazadas estables*” o “*desplazadas inestables*”. Por otra parte, las fracturas intraarticulares son desplazadas e inestables, por definición. La elección del procedimiento de abordaje y tratamiento está en función de la inestabilidad potencial y de la capacidad para conseguir y conservar la reducción de la fractura.

Sea como fuere, destaca la Inspección que, a pesar de su alta frecuencia y de los múltiples estudios realizados en torno a su tratamiento, sobre todo en las dos últimas décadas, aún no existe consenso en el manejo de estas fracturas.

En el supuesto analizado, estábamos ante una fractura causada en una mujer osteoporótica y pluripatológica, de edad avanzada y con un traumatismo de baja intensidad, que resultaba aparentemente estable y, dadas todas esas circunstancias parece razonable entender que el tratamiento conservador era el más adecuado a su situación basal, tratándose -además- del más común en la práctica clínica.

De igual forma, la Inspección destaca que, como la paciente vivía sola y para evitar el riesgo de que la inflamación supusiera un problema con un yeso cerrado, decidieron abrir el yeso, resultando esa práctica también muy habitual y conforme a la *lex artis ad hoc*.

Resulta fundamental destacar en el análisis de la praxis médica que la evolución de la fractura se efectuó a través de estudios radiológicos periódicos, de forma que constan al menos ocho radiografías de control realizadas después de la reducción del día 9 de febrero; y ello aunque la fractura efectivamente se desplazó más tarde, estando esa posibilidad dentro de lo posible, como explica la Inspección médica, en relación directa con la circunstancia de que la paciente padeciera osteoporosis y, por el contrario, sin resultar una consecuencia del empleo de una férula, en vez de un yeso, o de la hipótesis planteada por la reclamante y desmentida por las evidencias radiológicas, de que no se hubiera reducido inicialmente la fractura.

Debemos en este punto poner de manifiesto que la Inspección Sanitaria actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Supremo en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 11 de mayo de 2021 (recurso 6479/2020) y el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 23 de diciembre de 2021 (recurso 980/2020). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria concluye en su informe que las decisiones terapéuticas fueron ajustadas a la praxis médica y que, la circunstancia de que la fractura finalmente consolidara en mala posición, por el desplazamiento secundario del hueso, no puede atribuirse a la decisión de emplear una férula y no un yeso cerrado que, por lo demás, podría haber ocasionado otras complicaciones a la paciente.

Recordemos también que no resulta adecuado efectuar un enjuiciamiento de la praxis médica de modo retrospectivo, es decir, a partir del resultado, ya que con ello se incurre en la denominada prohibición de regreso. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual:

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio ex post, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

Descartada por todo ello la relación causal entre la consolidación viciosa de la factura y las decisiones terapéuticas y/o la praxis asistencial, deberemos referirnos al segundo reproche, correspondiente al corte que se causó a la paciente en el dorso de la mano al abrir el yeso y, en este punto, debemos hacer notar que disentimos del criterio de la propuesta de resolución, tratándose de un reproche sobre el que la Inspección médica no ofrece justificación.

De esa forma, consideramos que el corte en el dorso de la mano de la paciente resulta ser un daño vinculado causalmente con la asistencia sanitaria, que reviste la nota de la antijuridicidad.

Respecto del particular, la propuesta de resolución plantea que ese daño no resultaría antijurídico, al tratarse de un riesgo potencialmente susceptible de producirse y abundando en que se emplearon los medios técnicos adecuados para que no tuviera lugar, utilizando una sierra vibradora, que, como tal, no corta, o una tijera de punta roma, especial, con el mismo fin.

Frente a lo argumentado, considera esta Comisión Jurídica Asesora que la producción del daño de forma accidental no elude su antijuridicidad, sino propiamente la confirma y mucho más si la paciente era una persona de edad avanzada y presentaba un adelgazamiento o fragilidad capilar, por el empleo de corticoides, según se recoge en la historia clínica, lo que hubiera requerido de la adopción

de un especial cuidado y diligencia para evitar los daños que, a la postre, se produjeron.

SEXTA.- Procede a continuación valorar los daños producidos por el corte en el dorso de la mano, a efectos de su resarcimiento, de acuerdo con lo indicado en el fundamento jurídico anterior.

Para ello, tendremos en cuenta el baremo establecido en el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, modificado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, por su carácter orientativo y normalizador, según ha reconocido esta Comisión en diversos dictámenes.

Así las cosas, consideramos los días que tardó en curar la herida como de perjuicio moderado –a razón de 64,25 € cada uno-, al constar que la paciente sufrió molestias y debió acudir a efectuarse curas durante el tiempo en que mantuvo las grapas en el dorso de la mano y, por tanto, durante 20 días, entre el 9 y el 29 de febrero de 2024. Resulta de ello un valor de 1.285 €, por este concepto.

Adicionalmente, valoramos el perjuicio estético de la cicatriz en la mano – no de la deformidad, que no es lo que se indemniza-, asignándole 3 puntos, a razón de 1.000 € cada uno.

Resulta por ello un total de 4.285€, €, cantidad que deberá actualizarse a la fecha que se ponga a fin del procedimiento, conforme a lo establecido en el artículo 34.3 de la LRJSP.

En mérito a cuanto antecede la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial y reconocer a la reclamante una indemnización por importe de 4.285 €, que deberá actualizarse a la fecha que se ponga a fin del procedimiento

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 8 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 421/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid