



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **220/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 31 de julio de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 9 de enero de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **07/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 10 de septiembre de 2010, x presentó reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS). En síntesis, en ella expone lo siguiente.

El 15 de julio de 2008 se la intervino en el hospital universitario "*Reina Sofía*", de Murcia, de un atrapamiento del nervio cubital del codo derecho que le fue diagnosticado tres meses antes. La intervención quirúrgica se programó para liberar dicho nervio a nivel del codo, utilizando la técnica de "*Le Caffiniere*", y fue dada de alta ese mismo día, remitiéndola para control de su evolución a consultas externas, prescribiéndole como tratamiento "*Aines*", antibiótico y curas de la herida cada cuarenta y ocho horas. En la revisión realizada por el Servicio de Traumatología del citado hospital el 18 de agosto de 2008 se le informó de que el codo estaba mecánicamente bloqueado y, al resultarle el tratamiento rehabilitador excesivamente dificultoso, se le propuso la movilización quirúrgica de dicho codo, realizándose ésta el 8 de octubre de 2008 y pautándole revisión en consultas externas, así como rehabilitación.

Se le realizó una electromiografía el día 10 de noviembre de 2008, en la que se evidenció una neuropatía del nervio cubital derecho en codo, de predominio axonal y grado leve-moderado, con signos agudos de denervación en músculo primer inter-óseo dorsal de la mano derecha.

Mediante resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 9 de noviembre de 2009 se la declaró en situación de invalidez permanente total por las secuelas de anquilosis de codo y denervación del primer óseo dorsal de la mano derecha, limitación de los movimientos del codo por rigidez y pérdida de fuerza y movilidad en 4º y 5º dedos de la mano derecha, con limitación para realización de tareas que requirieran movilidad de codo, hombro y manos. En electromiografía realizada el 12 de mayo de 2010 se evidenció que padecía un atrapamiento crónico de nervio cubital en codo, con lesión sensitiva de grado moderado-severo y moderado motor, con mal pronóstico lesional.

De todo ello la reclamante concluye que existió un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios regionales, por infracción a la "*lex artis*", por no haber empleado todos los medios para evitar el resultado dañoso, solicitando indemnización en la cantidad que se determinaría en su momento.

SEGUNDO.- El 10 de noviembre de 2010, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, la cual fue notificada a las partes interesadas. Asimismo, en tal fecha se solicitó al citado hospital copia de la historia clínica de la paciente e informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- El 29 de noviembre de 2010, la reclamante presentó escrito en el que evalúa económicamente los daños en una cantidad total de 158.911,59 euros, conforme al baremo aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, con su actualización para el año 2009, para una afectada de 35 años, y que desglosa así:

- Días de baja impeditivos: $483 \times 60,10 \text{ euros/día} = 29.028,30 \text{ euros}$.

- Secuelas: 30 (sic) puntos = 42.518,70 euros, por:

Anquilosis de codo derecho en posición funcional: 20 puntos.

Lesión del nervio cubital de grado moderado: 12 puntos.

- Incapacidad Permanente Total: 87.364,59 euros.

Señala que a dichas cantidades habría que añadir los gastos de rehabilitación, que se acreditarían en cuanto fuera posible.

Adjunta a su escrito copia de un Dictamen de la Dirección Provincial de Murcia del INSS, de 9 de noviembre de 2010, de declaración de la interesada como incapacitada permanente total para su profesión habitual de profesora de piano, por las secuelas y limitaciones indicadas en su escrito de reclamación.

CUARTO.- Mediante oficio de 17 de enero de 2011, el Director Gerente del Área de Salud VII remitió copia de la historia clínica de la reclamante, y mediante oficio del día siguiente remitió un informe, de 1 de diciembre de 2010, emitido por el Jefe del Servicio y el Médico Adjunto de Cirugía Ortopédica y Traumatología del citado hospital, que expresa lo siguiente:

"Paciente, mujer de 35 años, que fue intervenida quirúrgicamente el 15 de julio de 2008, con diagnóstico de atrapamiento de nervio cubital a nivel de codo derecho.

ANTECEDENTES PERSONALES

Posible alergia ventolín y anestésicos locales.

Fumadora.

Tras postoperatorio sin incidencias la paciente fue dada de alta al día siguiente para continuar seguimiento evolutivo de su cirugía en nuestras consultas externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología en cuatro semanas.

El 25-09-08 acude a mi consulta por primera vez desde que la intervine, quejándose de una evolución y rehabilitación (realizada por su cuenta en la playa, dadas las fechas en las que estábamos), tortuosa de su codo, presentando a la exploración física una rigidez muy severa, dolorosa a la flexo extensión del codo derecho que, según me comentó la paciente, surgió a los pocos días de la cirugía. Tras comprobar la normalidad de las pruebas de imagen que se le pidieron (Radiografía y Resonancia Magnética Nuclear de codo derecho), le expliqué que tras la falta de pruebas concluyentes, el codo debería poder moverlo sin ningún problema, por lo que decidimos comprobarlo en quirófano bajo sedación, para evitarle dolor y asegurarme de que no existía ningún tope óseo provocado por alguna calcificación o similar. Dicha comprobación fue realizada el 8 de octubre de 2008, consiguiendo sin ningún esfuerzo un rango de movilidad aceptable de flexo-extensión, habida cuenta de llevar tres meses sin mover el codo. La paciente permaneció ingresada en el Hospital para controlar posibles molestias y supervisar rango de movilidad obtenido, hasta el alta el día 10 de octubre de 2008, para continuar seguimiento de nuevo en nuestras consultas y de Rehabilitación hospitalaria.

El día 13-11-08 la veo por última vez formalmente en mi consulta y tras exploración física compruebo rango de movilidad a la flexo-extensión codo derecho de 100º-0º, parestesias 5º dedo de la mano derecha, continuando rehabilitación, y con el resultado de la 2ª Electromiografía pedida por servicio de Rehabilitación, donde se refleja persistencia- progresión de la neuropatía cubital, posiblemente debido a la falta de movilización postquirúrgica de dicho codo.

Evidenciando la pérdida de confianza-empatía en la relación médico-paciente que se había producido, puse en conocimiento del caso a mi Jefe de Servicio, decidiendo por el bien de la evolución del caso remitirlo a otro colega.

Desde entonces y hasta la fecha no he tenido constancia de la evolución de este desgraciado caso que nos ocupa".

QUINTO.- Obra en el expediente un dictamen médico de 14 de marzo de 2011, aportado por la aseguradora del SMS, elaborado por tres especialistas en traumatología y cirugía ortopédica, que concluye lo siguiente:

"1. x presentaba una neuropatía focal crónica de atrapamiento de nervio cubital derecho de grado leve en el estudio EMG de Abril de 2008. No existen datos en la documentación aportada de causa orgánica que motive la compresión. La consideramos una compresión de causa idiopática.

2. La compresión cubital en el codo se trata quirúrgicamente con descompresión del Nervio Cubital en el canal epitrocleo olecraneano. La técnica practicada en la paciente consistió en la descompresión nerviosa con epitrocleooplastia asociada. Es una técnica descrita en la bibliografía. El tratamiento realizado es correcto.

3. La rigidez de codo puede aparecer tras cualquier manipulación quirúrgica del mismo, ya sea intra o extrarticular con inmovilización asociada. x presentó una rigidez de codo extrarticular tras la intervención quirúrgica practicada en Julio de 2008. Esta complicación no puede ser atribuida a un mal seguimiento ni a una mala praxis médica tras el análisis de la documentación aportada.

4. La rigidez extrarticular de codo que no mejora con tratamiento rehabilitador puede someterse en los primeros tres meses a movilizaciones bajo anestesia para confirmar la movilidad pasiva articular y confirmar la inexistencia de topes óseos que impidan la recuperación del rango articular normal. x fue sometida a movilización bajo anestesia confirmando un buen rango de movilidad articular. El tratamiento ofertado fue correcto.

5. A x se le sometió a tratamientos analgésicos locales. Realizó tratamiento rehabilitador y se le realizó un Plexo braquial como tratamiento del Dolor Regional Complejo. Todas estas medidas iban dirigidas a calmar sus dolores y mejorar la función del codo. Las actuaciones son correctas.

6. Los Estudios EMG realizados tras la intervención quirúrgica fueron empeorando a lo largo del tiempo. En Estudio EMG de 27-1-2009 se habla de neuropatía focal de Nervio Cubital de grado moderado. En la Bibliografía revisada se apunta que los hallazgos EMG pueden encontrarse alterados a lo largo del tiempo. Los síntomas neurológicos residuales aparecen en el Consentimiento Informado. No se puede atribuir a una mala actuación terapéutica los hallazgos encontrados en los EMG tras la intervención quirúrgica realizada en Julio de 2008.

7. Consideramos que no existieron malas actuaciones en el tratamiento y seguimiento realizado a x y en todo momento se pusieron los medios para mejorar las complicaciones acontecidas tras la cirugía del codo realizada".

SEXTO.- Solicitado informe de la Inspección Médica de la Consejería consultante, aquélla comunicó al órgano instructor la necesidad de que se le remitiera diversa documentación: la historia clínica de la paciente en el hospital "Reina Sofía" desde el año 2010 en adelante; informe del estado actual de la paciente, a emitir por el doctor x; e historia clínica correspondiente a la intervención que se realizó a la paciente en marzo de 2009 en la clínica-hospital "VIAMED San José", de Alcantarilla (Murcia). Mediante oficios de 9 de marzo de 2012 la instrucción requirió de los citados centros sanitarios la remisión de dicha documentación.

SÉPTIMO.- Por oficio de 26 de marzo de 2012, el Director-Gerente del "Hospital VIAMED San José" remitió la documentación solicitada.

OCTAVO.- Interpuesto en su día recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, y solicitado por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia la remisión del informe de la Inspección Médica, fue emitido el 19 de abril de 2012, en el que se formulan las siguientes conclusiones:

"1. Paciente de 35 años, de profesión profesora de piano, hija de una trabajadora del HGRS, con sintomatología de dolor en primer dedo mano derecha y parestesias en 4º y 5º dedos, comprobado con EMG (25.04.08) "Hallazgos congruentes con la existencia de Neuropatía focal crónica (atrapamiento) de N. Cubital derecho en codo, de grado leve". Fue intervenida quirúrgicamente con la técnica apropiada, que se realizó sin incidencias.

2. Durante el postoperatorio de esta cirugía sobre partes blandas del codo no es necesario inmovilizar; a la paciente se le colocó un vendaje compresivo, con el que debía acudir a su Centro de Salud para curar la herida c/48 horas. A los 25 días acude a urgencias del HGRS, donde se constata que hay una rigidez del codo en extensión completa.

3. La paciente firmó el consentimiento informado el día 17.06.08, casi un mes antes de la intervención, entre los riesgos típicos está incluida la reaparición de la sintomatología con el tiempo (<1.2%), como ocurrió en este caso. No estaba incluida la rigidez de la articulación, pero está descrita como complicación de esta cirugía. No hemos encontrado cifras de incidencia, pero desde luego no es frecuente, por la declaración de los especialistas consultados.

4. El común denominador de la rigidez de codo es la inmovilidad prolongada. La aparición de rigidez, aunque es secundaria a la intervención, no es achacable a la actuación de los profesionales, no hay en la historia clínica ningún dato que indique la inmovilización del codo tras la cirugía, tampoco es normal que exista la rigidez que se comprobó a los 25 días.

5. La inmovilización se intentó corregir de forma adecuada con desbloqueo bajo anestesia y posterior rehabilitación.

6. El atrapamiento progresivo del nervio cubital objetivada en los EMG posteriores a la intervención se da sobre todo en pacientes predispuestos, por el efecto de la cicatrización o desarrollo de calcificaciones que compriman el nervio de nuevo.

7. Se intervino el nuevo atrapamiento del nervio, sin recuperación total a pesar de ello (valorada seis meses después), lo que llevó a ser declarada en situación de Invalidez Permanente Total para su profesión habitual como profesora de piano por limitación de los movimientos del codo por rigidez y pérdida de fuerza y movilidad en 4º y 5º dedos de la mano derecha, mediante Resolución del INSS de 09.11.09.

Final: La actuación médica fue correcta tanto en el diagnóstico, tratamiento inicial como en el seguimiento de las complicaciones que surgieron".

NOVENO.- Obra en el expediente un dictamen médico de 19 de mayo de 2012, aportado por la aseguradora del SMS, elaborado por tres especialistas en traumatología y cirugía ortopédica, de ampliación de su anterior dictamen de 14 de marzo de 2011, que concluye lo siguiente:

"1. x fue tratada de forma conservadora de su compresión cubital en el codo con Complejos Vitamínicos y rehabilitación antes de ser intervenida quirúrgicamente. El tratamiento es correcto.

2. Se realizaron pruebas de imagen consistentes en radiografía y Ecografías para descartar que la compresión cubital estuviera motivada por una lesión ósea, músculo tendinosa o articular. Las pruebas solicitadas son correctas como pruebas obligadas para realizar el diagnóstico. No se evidenciaron lesiones que justificaran la compresión. Estamos ante una compresión idiopática.

3. La rigidez aparecida tras la intervención quirúrgica no queda justificada con el vendaje compresivo colocado. En x no se realizaron inmovilizaciones tras la intervención que justifiquen la rigidez acontecida.

4. X fue reintervenida de su liberación cubital en el mes de Marzo de 2009. Se confirmó la adherencia del nervio. Se reiteró la liberación. Se realizó trasposición nerviosa. El tratamiento es correcto.

Se actuó siguiendo "Lex Artis ad Hoc" en la asistencia realizada a x en relación con el proceso acontecido de compresión cubital en el codo y la rigidez postoperatoria aparecida".

DÉCIMO.- Mediante oficio de 1 de junio de 2012, el Director Gerente del Área de Salud VII remitió copia de la historia clínica requerida e informe de dicha fecha del Dr. x, del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital "Reina Sofía", que expresa lo siguiente:

"Paciente con antecedente quirúrgico sobre codo derecho por neuropatía crónica nervio cubital. Evolución poco satisfactoria con limitación funcional severa de la movilidad del codo derecho.

En la revisión actualizada la paciente presenta una limitación funcional de la flexo extensión del codo derecho con conservación de la prono-supinación. El estudio EMG no muestra signos de atrapamiento del nervio cubital en el momento actual, aunque persisten las parestesias clínicas en el 5º dedo de la mano derecha.

La situación está establecida, no creyendo necesaria la intervención quirúrgica actual".

UNDÉCIMO.- Mediante oficio de 18 de junio de 2012 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo a tal efecto la reclamante el 2 de julio de 2012 y presentando alegaciones el 11 siguiente, en las que se remite a lo expresado en sus anteriores escritos.

DUODÉCIMO.- El 12 de diciembre de 2012 se formuló propuesta de resolución desestimatoria; en síntesis, por no

acreditarse la existencia de mala praxis médica y, en consecuencia, no concurrir la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización.

DECIMOTERCERO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto reglamentarios, aunque no el índice de documentos.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante está legitimada para solicitar indemnización por los daños físicos a que se refiere en el escrito reseñado en el Antecedente Tercero.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no hay objeción que señalar, vistas la fechas de la actuación sanitaria cuestionada y la de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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 en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada *"lex artis ad hoc"*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una 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 éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es

puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Como se desprende de los Antecedentes, la reclamante solicita indemnización por la limitación de movilidad (anquilosis) de su codo derecho y por la lesión del nervio cubital de dicho codo en grado moderado, por atrapamiento crónico de tal nervio. Sin embargo, el informe de 1 de junio de 2012, reseñado en el Antecedente Décimo, si bien confirma una *"limitación funcional de la flexo extensión del codo derecho con conservación de la prono-supinación"*, añade que *"el estudio EMG (refiriéndose al último realizado, de 15 de marzo de 2011, folio 272 exp.) no muestra signos de atrapamiento del nervio cubital en el momento actual, aunque persisten las parestesias clínicas en el 5º dedo de la mano derecha* (que ya padecía la paciente antes de someterse a la primera intervención, según recogen los informes emitidos a la vista de la historia clínica). También se reclama por lo que se considera que fue un periodo de incapacidad temporal, que la interesada computa desde la primera intervención realizada el 15 de julio de 2008 hasta el dictamen-resolución del INSS de 9 de noviembre de 2009, de declaración de invalidez permanente total para su profesión de profesora de piano.

Considera la reclamante que tales daños se deben a la mala praxis médica empleada en la sanidad pública con ocasión de la intervención quirúrgica realizada en el citado mes de julio de 2008 para liberar el atrapamiento del nervio cubital de su codo derecho. Sin embargo, no sólo no aporta informe médico que avale tal imputación de mala praxis, sino que los informes emitidos en el procedimiento ponen de manifiesto que la actuación sanitaria fue conforme con la *"lex artis ad hoc"* y que son riesgos típicos de esta clase de intervenciones la reaparición o recidiva de la sintomatología y las rigideces articulares, como desafortunadamente sucedió en el caso. Riesgos que estaban reflejados expresamente en el consentimiento informado suscrito por la paciente, según se advierte en los folios 75 y 76 exp., por lo que la interesada pudo ponderar adecuadamente la decisión de someterse a la operación, aunque una rigidez del codo como la que concretamente padeció no fuera un riesgo típico ni previsible, pero cuya aparición no implica una actuación sanitaria incorrecta, dadas las limitaciones de la ciencia médica.

Por todo ello, los daños por los que se reclama indemnización no pueden imputarse a una infracción, no acreditada, de la *"lex artis ad hoc"* empleada en la asistencia sanitaria a la reclamante. Conforme con la precedente Consideración, ello supone que no se ha acreditado la necesaria y adecuada relación de causalidad, entre los referidos daños y el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, que es determinante de la responsabilidad patrimonial administrativa, por lo que debe desestimarse la reclamación presentada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No se ha acreditado infracción a la *"lex artis ad hoc"* en la actuación sanitaria cuestionada, por lo que,

entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, no concurre la relación de causalidad que es jurídicamente necesaria y adecuada para determinar la responsabilidad de la Administración sanitaria regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto es desestimatoria de la reclamación de referencia, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

