



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **189/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 13 de mayo de 2019, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 21 de noviembre de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, como consecuencia de los daños sufridos por un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **310/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 2 de febrero de 2017 el abogado D. Z, actuando en nombre y representación de D.^a X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que expone que su mandante acudió el 18 de junio de 2013 al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Los Arcos del Mar Menor* (HULAMM), de San Javier, por dolor en la mano izquierda, después de haber sufrido una caída con apoyo en esa extremidad.

Según explica, la radiografía que se efectuó de la mano y del antebrazo no mostró lesiones óseas significativas. Por ello, se emitió el diagnóstico de artritis postraumática y se remitió a la paciente a su domicilio.

El 28 de enero de 2014 la interesada acudió al mismo Servicio de Urgencias por dolor en la mano izquierda como consecuencia de una nueva caída casual. La exploración mostraba dolor a la palpación en territorio cubital del carpo (estiloides cubital).

La radiografía mostró un desplazamiento posterior de la estiloides cubital sin signos de fractura. Se alcanzó el diagnóstico de *"posible inestabilidad radio-cubital distal de muñeca izquierda postraumática"*. Se procedió a inmovilizar la mano y el antebrazo con una férula y se la remitió de nuevo a su domicilio con cita preferente en Consultas Externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología. El letrado relata que su representada permaneció con la férula durante un mes aproximadamente.

Añade que el 10 de marzo de 2014 se le realizó una artroscopia y se llevó a cabo una reinserción del fibrocartílago triangular en su borde radial. Recibió el alta hospitalaria con el diagnóstico de *"luxación radio cubital distal de muñeca izquierda"*. Fue reintervenida -a cielo abierto- al día siguiente. Se confirmó la rotura del fibrocartílago triangular en su reinserción radial. Se efectuó una reducción radio-cubital distal con aguja de

Kirschner.

El 2 de octubre de 2014 se realizó una tomografía axial computarizada de la muñeca izquierda que permitió identificar una subluxación dorsal de la articulación radio-cubital distal, con mala congruencia articular y desplazamiento dorsal del extremo del cúbito respecto al radio.

El 4 de diciembre de 2014 la paciente fue reintervenida quirúrgicamente, a través de un abordaje dorsal radio-cubital izquierdo. Se efectuó una ligamentoplastia de la articulación radio-cubital izquierda con palmar mayor. Recibió el alta hospitalaria del 6 de diciembre de ese año.

El 11 de junio de 2015 comenzó rehabilitación del hombro izquierdo por tendinitis del hombro supuestamente secundaria a un síndrome de mano-hombro.

El representante explica que la paciente fue reintervenida otra vez el 3 de mayo de 2016. En esta ocasión se efectuó una osteotomía a 2 cm del borde distal cubital y resección de 1 cm de cúbito. También se efectuó una resección del cartílago de la articulación radiocubital distal y fijación de la misma con dos tornillos canulados, la estabilización del muñón proximal del cúbito con hemitendón del cubital posterior y alargamiento del tendón radio-cubital externo. Recibió el alta hospitalaria el 5 de mayo de 2016.

El 9 de noviembre de 2016, el Servicio de Rehabilitación emitió informe con los diagnósticos de *"trastorno de bolsas y tendones en la región del hombro y Kapandjy muñeca izquierda"*, e hizo notar que la paciente presenta signos de tendinopatía del supraespinoso, con tratamiento rehabilitador durante un año, sin mejoría.

El representante añade que la paciente se encuentra, además, en tratamiento psiquiátrico.

En consecuencia, el tratamiento funcional y estético de las intervenciones quirúrgicas ha sido desastroso y es evidente por la aparición de un síndrome mano-hombro provocado por un incorrecto manejo diagnóstico y terapéutico del traumatismo inicial y de sus complicaciones ulteriores.

Por lo que se refiere a la valoración del daño alegado, la concreta en la cantidad de 90.000 euros aunque no explica el procedimiento ni los criterios de los que se haya servido para hacerlo.

Acerca de los medios de prueba de los que pretende valerse propone la documental consistente en la historia clínica completa de la interesada.

Junto con la reclamación aporta numerosos documentos de carácter clínico, 3 fotografías del antebrazo izquierdo de la reclamante y una copia de la escritura de apoderamiento conferido por la interesada a favor del letrado interviniente.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación el 15 de febrero de 2017, se da cuenta de su presentación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros Aon Gil y Carvajal, S.A.

También se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud VIII que remita una copia de la historia clínica de la interesada y los informes de los profesionales que las asistieron, acerca de los hechos descritos en la reclamación.

TERCERO.- El 27 de febrero de 2017 se recibe una comunicación de la Dirección Gerencia del Área de Salud mencionada con la que se adjunta una copia de la historia clínica de la reclamante y un disco compacto en el que se contienen los resultados de las pruebas de imagen que se realizaron. Además, se aportan dos informes.

El primero de ellos es el realizado el 20 de febrero de 2017 por el Dr. P, facultativo especialista de Traumatología de Ortopedia del HULAMM en el que expone lo siguiente:

"Primero.- El traumatismo sufrido el 18/06/2013 sobre mano izquierda no guarda relación con el proceso actual.

Segundo.- La paciente fue intervenida quirúrgicamente por inestabilidad radio-cubital distal el 10/03/2014 mediante artroscopia donde se constató la lesión del fibrocartílago triangular y en el mismo acto quirúrgico se procedió a reinserción del mismo mediante cirugía abierta y no al día siguiente como expone la reclamación.

Tercero.- La paciente fue intervenida por segunda vez mediante ligamentoplastia de articulación radio-cubital distal (teniendo en cuenta la edad de la paciente) ante la subluxación dorsal de cúbito (valorada mediante TAC) a pesar de la reinserción del fibrocartílago (que sí corrigió la diastasis medio lateral).

Cuarto.- La paciente ha recibido un seguimiento estrecho tanto por Traumatología (Unidad de mano y muñeca) como por el servicio de Rehabilitación, así como la realización de pruebas diagnósticas oportunas (ECO, TAC, RMN, Rx).

Quinto.- Se reinterviene por tercera vez (...) para realizar cirugía de salvataje, ante la escasa mejoría en cuanto al dolor de su articulación radio-cubital, a pesar de la correcta congruencia articular tras la cirugía de ligamentoplastia de dicha articulación (valorada por RMN), realizándose técnica estandarizada Sauve-Kapandji, consiguiendo un balance articular completo de prono-supinación y flexo-extensión de muñeca izquierda.

Sexto.- La paciente presentó durante este proceso omalgia izquierda, con pruebas de imagen realizadas, informando de tendinosis del tendón supraespinoso, recibiendo tratamiento rehabilitador para dicha patología, presentando un balance articular completo, en todo momento.

Séptimo.- En ningún momento la paciente ha presentado un síndrome mano-hombro (no queda reflejado en ningún informe o nota de consulta, cambios neurovegetativos de dicha extremidad, presentando en todo momento un balance articular activo y pasivo completo de dedos, codo y hombro).

Octavo.- Actualmente la paciente no presenta ninguna limitación en el balance articular de mano y muñeca, sólo se le limita o restringe la prono-supinación con pesos elevados (inherente al tipo de cirugía realizada).

Noveno.- La paciente sigue revisiones periódicas con pruebas de imagen oportuna para seguimiento y control evolutivo.

Por todo lo anteriormente expuesto es inadecuado hablar de un incorrecto manejo, diagnóstico y tratamiento de su lesión, así como cualesquiera otros conceptos que traigan causa en la mala asistencia prestada, como bien queda reflejado en su historia clínica e informes aportados".

El segundo informe es el elaborado el 20 de febrero de 2017 por la Dra. Q, responsable del Servicio de Rehabilitación del HULAMM, del que se extraen los siguientes párrafos:

"En ningún momento ha llegado a apreciarse, por parte de traumatología o rehabilitación, limitación articular pasiva en hombro, ni mano, sí en muñeca pero lo esperado en postoperatorio. Tampoco se documentan cambios neurovegetativos que puedan indicar este síndrome, y la prensa y pinzas manuales han sido completas en todas las revisiones realizadas, por lo que esto parece ser incompatible con "un evidente síndrome de hombro-mano", según los informes revisados.

(...)

La paciente en el momento de su última revisión sólo presentaba tendinosis del Tendón Supraespinoso (patología más frecuente en hombro) y no rotura tendinosa, ni patrón capsular de hombro asociados. Conservaba prensa y pinzas manuales sin signos neurovegetativos asociados.

Se entiende, por tanto, que no se debería hablar de "mala asistencia prestada" sólo porque el resultado esperable y deseado por todos (curación completa) no se haya producido, ya que dicho resultado no se puede garantizar en Medicina (pues es multifactorial y depende también de otros factores como el estado físico y psicológico previos del paciente, y la colaboración y cumplimiento del tratamiento por parte del mismo). Posiblemente piense la reclamante que el hecho de que no se haya conseguido la curación completa de su proceso lleva implícita una "mala asistencia", no siendo éste el caso en la Medicina, donde la obligación es de medios y no de resultados".

CUARTO.- Por medio de escritos fechados, respectivamente, los días 20 y 22 de marzo de 2017, se remiten sendas copias del expediente administrativo a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Inspección Médica para que sea tenido en cuenta cuando se realicen los informes pericial y valorativo correspondientes.

QUINTO.- A propuesta de la reclamante, el 20 de diciembre siguiente se solicita a la Dirección Gerencia ya citada que aporte una copia de la historia clínica de la reclamante que se relacione con la asistencia que se le pudo dispensar en la Unidad del Dolor del HULAMM y el informe del profesional implicado en esa asistencia.

Asimismo, con igual fecha se demanda a la Dirección del Hospital Psiquiátrico *Román Alberca*, de Lorca, que remita una copia de la historia clínica de la interesada que pueda existir en el Centro de Salud Mental de *San Andrés* y el informe del facultativo que la asiste.

SEXTO.- El 27 de diciembre se recibe una comunicación del Médico de Admisión y Documentación Clínica del Área de Salud ya citada con la que adjunta la historia clínica de la interesada que obra en la referida Unidad del Dolor y un informe en que se expone la evolución que experimentó la paciente desde la primera consulta que se produjo el 7 de febrero de 2107.

En el apartado relativo a Evolución relativo a la consulta del 27 de octubre de ese mismo año se habla de dolor no controlado que precisa medicación de rescate con *Adolonta* 3 o 4 veces al día y de "*Crisis de dolor intenso que ahora se acentúa en codo y hombro*".

SÉPTIMO.- En el mismo sentido, obra en el expediente administrativo un escrito del Coordinador del Centro de Salud Mental de Adultos *San Andrés*, de Murcia, fechado el 26 de diciembre de 2017, con el que aporta una copia de la historia clínica de la reclamante.

Entre los documentos de carácter clínico que integra ese historial se contienen varios informes en los que se apunta como diagnóstico el trastorno mixto ansioso-depresivo.

OCTAVO.- El 16 de enero de 2018 se remite copia de la documentación recibida de la Unidad del Dolor y del Centro de Salud Mental de *San Andrés* a la Inspección Médica para que se tenga en cuenta cuando emita su informe valorativo.

NOVENO.- A solicitud del órgano instructor del procedimiento, el abogado de la reclamante presenta el 19 de enero de 2018 un escrito con el que acompaña un informe emitido el 9 de noviembre de 2016 por Q, responsable del Servicio de Rehabilitación del HULAMM. En él se menciona como diagnóstico principal "*Trastornos de bolsos y tendones en la región del hombro no especificado ? 726.10 IQ: 3/5/16 Pseudo Kapandjy muñeca izquierda*".

También se remite copia de esta nueva documentación a la Inspección Médica el 25 de enero de 2018.

DÉCIMO.- Obra en el expediente administrativo un informe realizado el 24 de julio de 2018 por el Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones de la Consejería consultante en el que se contienen numerosas y detalladas conclusiones de las que se extraen y reproducen aquí las dos últimas:

"13.- Todas las atenciones derivadas del traumatismo en muñeca izquierda han sido las correctas tanto en cantidad (seguimiento estrecho de la paciente) como adecuadas (correcta elección del momento y de la técnica). Las intervenciones quirúrgicas efectuadas sobre la articulación radiocubital de la paciente han sido las pertinentes a la patología y su grado de evolución. La actitud rehabilitadora consecuyente con las limitaciones funcionales articulares que presentaba la paciente. La evolución de la subluxación de la articulación cubital ha sido la esperada con las intervenciones propuestas. La paciente ha sido informada y ha consentido estas actuaciones en todo momento.

La tendinitis en hombro (del supraespinoso) no parece guardar relación con la patología de la muñeca. A tenor de lo manifestado por los profesionales y en base a los informes obrantes en el expediente, no se puede concluir la existencia de un síndrome mano hombro.

14.- Persiste un dolor residual tipo neuropático en la paciente que condiciona su estado de ánimo y que precisa de atención en centro de salud mental y un protocolo antiálgico controlado por la Unidad del Dolor. Dichas secuelas son derivadas de la lesión inicial de la paciente sin que se le pueda atribuir ninguna relación con la actuación de los facultativos que en todo momento actuaron de forma correcta conforme a la patología presentada por la paciente".

UNDÉCIMO.- El 26 de julio de 2018 se concede la oportuna audiencia a la interesada para que pueda formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime oportunas.

El letrado de la reclamante presenta el 28 de septiembre de 2018 un escrito en el que sostiene que el 28 de enero de 2014 la paciente pudo y debió haber sido visitada por algún médico del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología que pudo y debió haber considerado, en ese momento, la posibilidad de realizar un tratamiento quirúrgico en lugar de ortopédico.

Añade que una vez instaurado el tratamiento ortopédico -inmovilización mediante férula de yeso- la paciente no fue sometida a seguimiento ni control alguno, hasta el 25 de febrero de 2014, fecha en que se retiró la férula.

De igual modo, manifiesta que las cirugías que se realizaron los días 11 de marzo y 4 de diciembre de 2014 y 3 de diciembre de 2015 (sic) fueron incorrectamente indicadas y ejecutadas.

También apunta que la tendinitis del hombro es una manifestación de un síndrome de mano-hombro, derivado de las alteraciones de la mano.

Entiende, en definitiva, que los daños y secuelas que padece la interesada eran previsibles y evitables con una adecuada sujeción a la *lex artis* en la asistencia médica que se dispensó a la paciente. Por ese motivo, solicita que se tengan por hechas esas manifestaciones y se dicte resolución estimatoria de la reclamación patrimonial que se presentó en su día.

Finalmente, anuncia la presentación de un informe médico pericial realizado por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que se encuentra en elaboración pero cuya aportación no es posible en el breve plazo de tiempo que se le ha otorgado.

DUODÉCIMO.- Con fecha 13 de noviembre de 2018 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los elementos exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 21 de noviembre de 2018.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 los artículos 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable, legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación se sustancia con arreglo al régimen previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, dado que era la Ley que estaba vigente cuando se inició el procedimiento, de acuerdo con lo que se determina en la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, actualmente en vigor.

II. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños personales, físicos y psicológicos, por los que solicita una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el

daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. De acuerdo con lo que establece el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

Como se recordará, en la reclamación que presentó el 2 de febrero de 2017 el abogado de la interesada denunció que se había llevado a cabo un tratamiento funcional y estético de las intervenciones quirúrgicas tan desastroso que ha provocado a la afectada la aparición de un síndrome mano-hombro.

Pues bien, también debe señalarse que la última intervención quirúrgica se le realizó a la reclamante el 3 de mayo de 2016 y que no fue hasta la revisión que se practicó en octubre siguiente que se determinó que presentaba mejoría funcional salvo dolor. El 9 de noviembre fue dada de alta en el Servicio de Rehabilitación por no haber progresión clínica. El 16 de enero de 2017 fue vista en el Servicio de Traumatología cuyos facultativos no apreciaron inestabilidad articular. Resulta evidente, por tanto, que la reclamación se presentó dentro del plazo establecido al efecto y, por tanto, de forma temporánea.

Por otro lado, hay que destacar que aunque el abogado de la interesada no alude expresamente a ello (sólo menciona que la paciente se encuentra en tratamiento psiquiátrico), puede entenderse que también reclama por la producción de un daño de carácter psíquico. En relación con esta cuestión hay que señalar que la reclamante fue derivada por su médico de Atención Primaria al Centro de Salud Mental en marzo de 2016 en el que, desde ese momento, se han emitido numerosos informes que no permiten entender que se haya producido la curación del trastorno mixto ansioso-depresivo por lo que cabe entender que, aun de manera anticipada en relación con este posible daño, también se presentó la reclamación dentro del plazo establecido legalmente para ello.

IV. 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, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo previsto en el artículo 13.3 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

De igual modo, resulta necesario recordar que se ha incorporado al expediente un informe realizado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud en julio de 2018 (Antecedente décimo de este Dictamen) a pesar de que, como se ha señalado, se había solicitado previamente a la Inspección Médica que emitiera su informe valorativo en marzo de 2017 y que no ha llegado finalmente a hacerlo.

Con ello parece sortearse tanto esa exigencia como la circunstancia de que la compañía aseguradora no haya aportado en este caso ningún informe pericial. La intención no merece especial reproche pero en ningún caso puede considerarse que esa práctica pueda ser alternativa a la evacuación del informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios (Inspección Médica) ya que es a esta última a la que le está atribuida específicamente la competencia para elaborar informe en estos casos.

Como se expuso detenidamente en el Dictamen núm. 11/2019 de este Consejo Jurídico, ello no significa, sin

embargo, que no se deba tener en cuenta el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud. Hay que reiterar que lo que no puede admitirse es que sustituya al informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios.

Ahora bien, su condición de médico -a la que debe sumarse la de Inspector Médico a pesar de que no desarrolle esa función en la actualidad en dicho Servicio de Inspección-, le faculta para que su informe deba ser tenido en la misma consideración que cualquier otro informe médico pericial aunque no goce de las características propias de los de la Inspección Médica, que los dotan de un valor reforzado, especialmente por su no vinculación con la entidad prestadora del servicio sanitario. Según se dejó también señalado en el Dictamen núm. 368/2018 de este Consejo Jurídico, como informe médico que es, y emitido por una persona de goza de esa alta cualificación técnica, debe ser tenido en cuenta y valorado junto con el resto de informes de ese carácter médico que se hayan traído al procedimiento.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como ya se ha explicado, la interesada solicita una indemnización de 90.000 euros por el síndrome mano-hombro que sostiene que se le ha causado como consecuencia de las tres intervenciones quirúrgicas de muñeca izquierda que se le realizaron en el HULAMM en marzo y diciembre de 2014 y en mayo de 2016. Considera que el tratamiento funcional y estético de esas operaciones resultó desastroso, puesto que fueron incorrectamente indicadas y ejecutadas, y que la secuela referida obedece a un incorrecto manejo diagnóstico y terapéutico del traumatismo inicial y de sus complicaciones ulteriores.

Por otro lado también hay que recordar que el abogado de la reclamante se ha referido a los daños psíquicos que también padece su mandante.

A pesar de que el letrado de la interesada advirtió en su escrito de alegaciones, durante el trámite de audiencia en julio de 2018 (Antecedente undécimo), que iba a presentar el informe médico pericial de un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que avalaba el contenido de su imputación, lo cierto es que no consta que lo hiciese antes de que se elaborara la propuesta de resolución de este procedimiento, en noviembre de 2018, y tampoco antes del momento en que este Consejo Jurídico emite el presente Dictamen.

Eso permite destacar que la reclamante no ha fundamentado su solicitud de indemnización con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que sirva para justificar el alcance de su alegación de mala *praxis*, a pesar de que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de procedimiento administrativo, establece que *"Corresponde al actor ... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda ... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento los informes de los Dres. Picazo Marín y Hernández Sánchez (Antecedente tercero), de febrero de 2017, y el del Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones de la Consejería consultante, de julio de 2018 (Antecedente décimo), de cuya interpretación conjunta cabe extraer las siguientes conclusiones:

1.- Que la reclamante ha sido sometida a un seguimiento estrecho por parte de los Servicios de Traumatología y Cirugía Ortopédica (Unidad de mano y muñeca) y de Rehabilitación del HULAMM, y que se le han realizado todas las pruebas diagnósticas oportunas.

2.- Que gracias a la realización de las intervenciones referidas se ha conseguido una correcta congruencia articular y un balance articular completo de pronosupinación y flexoextensión de la muñeca izquierda.

3.- Que la interesada sufrió tendinitis del tendón supraespinoso y no rotura tendinosa ni patrón capsular de hombro asociados. De hecho, presenta en todo momento un balance articular completo. Esa afectación motivó que recibiera tratamiento rehabilitador para dicha patología.

4.- Que en ningún momento la paciente ha presentado un síndrome mano-hombro puesto que esa circunstancia no queda reflejada en ningún informe o nota de consulta. Por el contrario, se ha informado de que la prensa y pinzas manuales han sido completas en todas las revisiones que se han llevado a efecto. Tampoco consta que se hayan producido cambios o advertido signos neurovegetativos asociados en dicha extremidad. De manera contraria, se sabe que la afectada presenta un balance articular activo y pasivo completo de dedos, codo y hombro.

5.- Que la reclamante no presenta ninguna limitación en el balance articular de mano y muñeca sino que sólo se le limita o restringe la pronosupinación con pesos elevados (inherente al tipo de cirugía realizada).

Por ese motivo, no cabe entender que se produjera un incorrecto manejo, diagnóstico y tratamiento del daño referido y, en consecuencia, una vulneración de la *lex artis ad hoc*. El hecho de que se tuvieran que realizar las tres intervenciones que se han mencionado no denota que se hubiera empleado una mala técnica o que se hubiera actuado con contravención de *normopraxis* exigible.

En consecuencia, no se puede entender que exista relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado por la interesada, cuyo carácter antijurídico tampoco ha resultado debidamente acreditado. Por lo tanto, procede la desestimación de la reclamación formulada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no haberse demostrado la existencia de un vínculo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y los daños alegados, cuya antijuridicidad tampoco se han acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.

