



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **273/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 1 de julio 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 5 de abril de 2019, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **133/19**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 23 de agosto de 2017 D.^a X presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que expone que sufre, desde hace dos años, dolor intenso e inflamación de la rodilla derecha, que se intensifica con la actividad diaria hasta el punto de que, a veces, le impide la deambulación.

También expone que, debido a esa circunstancia, acudió a su médico de familia el pasado año y que se le realizó una resonancia magnética (RMN) en julio de 2016. Después fue remitida al Servicio de Traumatología del Hospital General Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA), de Murcia, donde fue atendida el 5 de septiembre de 2016.

Manifiesta que en esa consulta la facultativa que la atendió, en la puerta de la consulta, a toda prisa y sin prestarle ninguna atención, le comunicó que sufría rotura de menisco interno derecho. A pesar de ello, le pautó únicamente analgésicos y le diagnosticó que sufría una *"tendinopatía pata de ganso"*.

Como el dolor iba en aumento y se le extendió incluso a la planta del pie derecho -lo que le impedía la deambulación-, acudió al referido Servicio hospitalario 7 meses después, donde fue asistida por otro médico, que le diagnosticó una rotura de menisco interno derecho, condropatía rotuliana y fascitis plantar. Además, le pautó infiltración e intervención quirúrgica consistente en artroscopia de rodilla y menistectomía, y se programó dicha operación.

La interesada insiste en que el resultado de la RMN realizada en julio de 2016 fue el de *"Rotura de MI. Condropatía Rotuliana. Pequeño Quiste de Baker"*. Sin embargo, resalta que el diagnóstico que emitió la doctora fue de tendinopatía de pata ganso, lo que le produjo un agravamiento de la patología que sufre, un incremento del dolor que padece y un retraso innecesario de la artroscopia de rodilla y de la menistectomía a las que se va a

someter y para la que les que se encuentra en lista de espera desde el 23 de mayo de 2017.

La reclamante argumenta que dicho tratamiento erróneo le ha causado un deterioro de su salud y un incremento y prolongación del dolor que padece, que debe indemnizarse ya que se produjo un funcionamiento anormal de los servicios públicos y que no tiene el deber jurídico de soportar ese daño.

Por lo que se refiere a la valoración de dicha lesión la concreta a tanto alzado en la cantidad de 6.000 euros.

Junto con la solicitud de indemnización aporta dos documentos de carácter clínico. El primero de ellos es un historial de consultas externas, en el que se recoge el contenido de las asistencias prestadas los días 5 de septiembre de 2016 y 11 de abril de 2017, y el segundo la solicitud de intervención programada firmada el 23 de mayo de 2017.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación el 26 de septiembre de 2017, se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA que remita copia de la historia clínicas de la interesada y los informes de los profesionales que la asistieron, acerca de los hechos descritos en la reclamación.

El instructor del procedimiento reitera esa solicitud de información el 24 de noviembre siguiente.

TERCERO.- El 29 de noviembre se recibe una copia de la historia clínica solicitada y el informe elaborado el día 17 de ese mes por el Dr. Y, facultativo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de dicho Hospital.

Ese médico expone que valoró a la reclamante los días 11 de abril y 23 de mayo de 2017. Que el 16 de abril llevó a cabo tratamiento con viscosuplementación intraarticular de la rodilla afecta así como infiltración de la región anserina debido al dolor mecánico y a la sintomatología que prestaba la paciente a la exploración física. Que el citado 23 de mayo, dado que no se producía ninguna mejoría clínica, le propuso que se sometiera a cirugía artroscópica y que la paciente lo aceptó.

Además, destaca que la reclamación se refiere a una actuación previa realizada por otra facultativa el 5 de septiembre de 2016. Acerca de ello explica que *"es necesario señalar en este caso, que la indicación quirúrgica depende fundamentalmente de la exploración física y sintomatología que presente la paciente. Las pruebas complementarias (en este caso la resonancia magnética), son útiles para confirmar la sospecha diagnóstica clínica. Un hallazgo en la resonancia de una lesión meniscal, no siempre es equivalente a indicar una intervención quirúrgica"*.

CUARTO.- El 9 de enero de 2018 se solicita a la Dirección Gerencia del Área II, donde en ese momento desempeña sus servicios, que la facultativa que asistió a la interesada en el HUVA emita un informe acerca de los hechos referidos.

QUINTO.- EL 28 de marzo de 2018 se recibe el informe realizado el día 15 de ese mes por la Dra. Z, en el que se exponen diversas consideraciones acerca de las alegaciones e imputaciones de mala praxis que formula la interesada en su reclamación.

Así, con apoyo en la descripción de la asistencia que dispensó a la reclamante, que se recoge en el historial de consultas externas que aportó junto con la solicitud de indemnización, pone de manifiesto:

1.- Que la paciente le dijo que experimentaba un dolor de 10 meses de evolución y no de dos años como se dice en la reclamación. También, que el dolor era diario, que aumentaba con la actividad y que mejoraba con *Nolotil*. De igual forma, le comentó que trabajaba de pie durante 9 horas. Por lo tanto, considera que esa información contrasta con las alegaciones de que le impiden el desarrollo normal de su vida diaria y la deambulaci3n.

2.- Que no atendió a la paciente en la puerta de la consulta sino que le realizó estando sentada y acostada en la camilla las exploraciones necesarias para obtener los resultados que se recogen en el formulario.

3.- Acerca del diagnóstico de tendinopatía de pata de ganso que emiti3 tras la exploraci3n f3sica expone lo siguiente:

"... hay que diferenciar entre la exploraci3n f3sica y los resultados obtenidos en una prueba de imagen (en este caso una Resonancia Nuclear Magn3tica-RNM). Las Tendinopatías /Tendinitis/Tenosinovitis/Tendinosis de la pata de ganso (o anserina) son patologías causadas por sobrepeso que suelen ser consecuencia de una bursitis (inflamaci3n de la bursa). Un proceso inflamatorio llena de líquido la bursa aumentando su volumen y causando la sintomatología propia de la patología, que consiste en un dolor selectivo en la zona medial de la rodilla, sobre la inserci3n tibial de los tendones isquiotibiales (que constituyen la pata de ganso - sartorio, recto interno y semitendinoso), pudiendo mostrarse dicha zona en ocasiones inflamada. Esta descripci3n cuadra con la exploraci3n f3sica de la paciente, cuyo dolor era selectivo en dicha zona, sin presentar dolor, inestabilidad o bloqueo articular con las maniobras antes citadas [pruebas de Steinmann, de McMurray y de Apley y test de Lachman y pivot shift], y que expresamente recojo en el formulario, "maniobras meniscales y ligamentosas negativas". Por otro lado, la paciente traía una Resonancia Magn3tica pedida, como ella misma expresa, por su Médico de Familia, y no por un Traumatólogo. Para hablar de la discordancia entre los hallazgos clínicos y de las pruebas de imagen, me remito a los "Estándares de uso adecuado de tecnologías sanitarias (Método RAND)" en su apartado 3 "Artroscopia de rodilla" publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (...) y que resumo a continuaci3n:

- "(...) merece la pena destacar el mayor valor que los panelistas han dado a los datos de anamnesis y exploraci3n clínica frente al resultado de la RM a la hora de establecer como adecuada o inadecuada la indicaci3n de artroscopia de rodilla."

- "El coste de la RM de rodilla debe someterse a una consideraci3n cuidadosa de cómo afecta al tratamiento del paciente. Su sobre-indicaci3n es potencialmente dañina, toda vez que aproximadamente la tercera parte de los pacientes asintomáticos pueden mostrar un desgarramiento meniscal si se someten a una RM. Así, la RM de rodilla puede llevar a una preocupaci3n innecesaria e incluso a la indicaci3n de cirugía artroscópica en algunos pacientes sin síntomas clínicos relevantes".

Aunque la paciente presentaba una imagen compatible con rotura de menisco interno asociado a condropatía rotuliana (lesión del cartílago articular) y quiste de Baker, su sintomatología no se correspondía con estas lesiones. Las pruebas meniscales (ya citadas anteriormente) fueron negativas, es decir, sin alteraciones, sin dolor; tampoco refiero en la exploración la presencia de un dolor femoropatelar (compatible con condropatía rotuliana) ni dolor/inflamación en hueso poplíteo o incapacidad de flexionar la rodilla, compatibles con un quiste de Baker. Por otro lado, sólo en el 3,7% de los pacientes con una tendinopatía de la pata de ganso muestran alteraciones (líquido en la bursa anserina) en una RMN, no pudiendo descartar esta patología con una prueba negativa (datos que se pueden comprobar (...)).

Es por todo ello que, a pesar de la imagen de la resonancia magnética, y debido a la clínica de la paciente, consideré que el diagnóstico principal y que precisaba tratamiento por mi parte era el de "Tendinopatía de la pata de ganso", ya que la exploración física premia por encima de las pruebas complementarias, que como su propio indica son un complemento de la misma. Esto fue explicado a la paciente, tal y como expreso en el Formulario de Consulta: "explico patología".

A eso añade la doctora que le indicó a la paciente que volviera en el caso de que no encontrara mejoría con el tratamiento propuesto.

En relación con la asistencia posterior prestada por el Dr. Y y acerca del porqué su diagnóstico no era diferente del realizado por ella explica, en primer lugar, que la fascitis plantar (inflamación de la fascia plantar situada en la planta del pie) es una entidad independiente y no un dolor irradiado desde la rodilla.

También apunta que "Por otro lado, el Dr. Y, en su Formulario de Consulta del día 11 de abril de 2017, vuelve a apreciar dolor importante en región anserina (compatible con la tendinopatía de la pata de ganso ya diagnosticada por mí), realizando infiltración en dicha región con mepivacaína y trigón (anestésico y corticoide, respectivamente, para tratamiento del dolor y la inflamación). En ese momento la paciente asocia dolor femoropatelar (FP) y femorotibial (FT) interno, que puede ser compatible con su condropatía, dolor que no estaba presente cuando yo vi a la paciente en consulta en septiembre de 2016. Tras dicha consulta de abril de 2017, el Dr. Y realiza infiltración tanto en región anserina como intraarticular (...).

En resumen, el Dr. Y no dio un diagnóstico diferente, sino que consideró el mismo diagnóstico (tendinopatía de la pata de ganso o anserina) y lo complementó con condropatía dada la nueva clínica de la paciente, tratándola consecuentemente teniendo en cuenta que la medicación que yo le había pautado no había causado mejoría.

No es hasta un mes después, el 23 de mayo de 2017, cuando el Dr. Y incluye en lista de espera quirúrgica para Cirugía Artroscópica de Rodilla (CAR), ante la falta de mejoría con la infiltración de ácido hialurónico".

De igual modo, la doctora se remite a la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud para explicar el tratamiento pautado para el dolor, que se articula como una escalera analgésica de cuatro peldaños en los que se va aumentando la dosis gradualmente y el número de fármacos si el nivel de analgesia inferior es insuficiente.

La facultativa explica en su informe la causa del tratamiento que se prescribió a la interesada y el motivo por el que no se indicó la cirugía artroscópica de rodilla cuando valoró a la paciente en su consulta: *"debido a que la rotura meniscal observada en la resonancia magnética no se correspondía con la clínica de la paciente. En cualquier caso, en roturas degenerativas atraumáticas (...), aun cuando son sintomáticas (dolor localizado, que no es este caso), si no presentan síntomas mecánicos (como podría ser un bloqueo articular, que tampoco es este caso) no tienen indicación de tratamiento quirúrgico de entrada; en estos casos se opta por un tratamiento conservador consistente en analgésicos y fisioterapia progresiva"*.

Por último, corrobora que *"NO se ha producido ningún error en el tratamiento prescrito que haya causado perjuicios a la interesada, ya que se ha seguido la escalera de tratamiento indicada para su patología"* y concluye que *"la intervención quirúrgica de menisectomía mediante cirugía artroscópica NO se ha retrasado, sino que se ha indicado cuando la clínica ha sido compatible, al menos en parte, con los hallazgos de la resonancia magnética, y no se ha encontrado mejoría con los dos escalones terapéuticos anteriores (analgésia oral e infiltración local), por lo que NO considero que los servicios públicos hayan presentado ningún funcionamiento anormal, sino todo lo contrario"*.

SEXTO.- A solicitud del órgano instructor, el 8 de mayo se aporta al procedimiento un disco compacto en el que se contienen los resultados de la RMN que se le realizó a la reclamante, en julio de 2016, en la clínica concertada Juan Carlos I.

SÉPTIMO.- El 28 de mayo de 2018 se remite una copia del expediente administrativo a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria para que emita el informe valorativo correspondiente.

OCTAVO.- Obra en el expediente un informe realizado el 2 de noviembre de 2018 por el Jefe de Aseguramiento y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que se recogen las siguientes conclusiones:

"1.- Paciente con una actividad laboral que le hace estar 9 horas diarias de pie. Presenta problemas en la articulación de la rodilla izquierda en el año 2014 que se resuelven con pautas medicamentosas y rehabilitación.

2.- En el año 2016 presenta problemas en la rodilla derecha consistentes en dolor en miembro inferior derecho de tres meses de evolución por lo que acude a Urgencias del HUVA. No existe traumatismo previo apreciándose bultoma en hueco poplíteo compatible con quiste de Baker. Además presenta insuficiencia renal. Tratamiento sintomático y consulta en Traumatología si continúan los problemas.

3.- La paciente se realiza una Resonancia Magnética en el mes de julio de 2016 prescrita por su médico de cabecera que es informada como rotura de menisco interno, quiste de Baker pequeño y condropatía rotuliana.

4.- En el mes de septiembre de 2016 acude a consultas de Traumatología del HUVA siendo atendida por la Dra. Z. La paciente refiere dolor en rodilla derecha de 10 meses de evolución relacionado -probablemente- con su actividad laboral, que mejora sintomáticamente con analgésicos. La exploración física de la paciente refleja dolor selectivo en la interlínea articular interna y sobre la inserción del paquete muscular de los isquiotibiales. No hay alteración en ejes, ni dolor, ni bloqueo articular ni inestabilidad a las maniobras exploratorias.

5.- Este cortejo sintomático derivado de la exploración conduce al diagnóstico de la especialista hacia la tendinopatía de la pata de ganso (anserina).

6.- Existe una clara disociación clínico/imagen diagnóstica y aunque la paciente presenta una imagen de menisco interno roto con condropatía rotuliana su sintomatología es más sugestiva de una tendinopatía de la pata de ganso.

7.- Ese diagnóstico fue el principal efectuado por la especialista que le fue explicado a la paciente y puesto en tratamiento adecuado.

8.- La ausencia de positividad de las pruebas meniscales fueron concluyentes para la facultativo actuante junto a la inexistencia de dolor femoropatelar ni en hueso poplíteo.

9.- La tendinitis de la pata de ganso causa dolor en la zona medial de la rodilla, progresivo al realizar actividades habituales. Su diagnóstico es principalmente clínico según dolor típico y exploración de la rodilla. Su tratamiento es progresivo y estadiado.

10.- Las roturas de menisco interno de la rodilla, apreciables en pruebas de diagnóstico por imagen, puede ser totalmente asintomático y no causar dolor alguno. La mayoría de desgarros de menisco interno en personas de mediana edad y sin causa traumática se producen en actividades cotidianas de la vida: arrodillarse y levantarse, dar la vuelta en la cama, etc. Y siempre consecuencia de procesos degenerativos previos que los debilitan, pierden resistencia y elasticidad, se deshidratan. Las molestias derivadas son permanentes.

11.- El objetivo del tratamiento de las roturas meniscales internas es reducir el dolor e inflamación de la articulación teniendo como objetivo recuperar la funcionalidad de la rodilla. Incluye fisioterapia, antiinflamatorios y analgésicos, suplementos y, si es necesario, infiltraciones de la zona.

12.- A la paciente se le recomienda consultar en caso de persistencia de las molestias y el dolor.

13.- Vuelve a consulta de Traumatología el 11 de abril (6 meses después) por persistencia de dolor. Es asistida por el Dr. Y y se infiltra región anserina. Actitud terapéutica adecuada según protocolo estadiado de tratamiento de la patología de la zona (analgésicos, antiinflamatorios e infiltración). Presenta una fascitis plantar no relacionada con la patología de la rodilla.

14.- A pesar de las infiltraciones el dolor no remite por lo que acude de nuevo a consulta el 23 de mayo de 2017. Se le explican alternativas de tratamiento y se le propone una artroscopia de rodilla que la paciente acepta por lo que es incluida en lista de espera.

15.- *El diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente ha sido acorde con la sintomatología presente en cada consulta y conforme a los protocolos clínico-terapéuticos así como a la evidencia científica adecuada al caso. Las roturas meniscales atraumáticas sin síntomas mecánicos no precisan de intervención quirúrgica inicial siendo la más adecuada la terapia de tratamiento farmacológico sintomático, rehabilitación e infiltración en caso de no mejoría. Con posterioridad, si no existe mejoría, puede ser indicada la intervención quirúrgica.*

16.- *En este caso la paciente ha recibido la atención sanitaria precisa, con los medios adecuados y conforme a los diferentes estadios clínicos que ha ido presentando. No se puede concluir, por tanto, existencia de error diagnóstico ni terapéutico".*

NOVENO.- El 14 de noviembre de 2018 se concede audiencia a la interesada para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que considere oportunas pero no consta que haya hecho uso de ese derecho.

DÉCIMO.- El 28 de marzo de 2019 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, al entender que no se ha producido un daño real que deba ser indemnizado y que no existe una relación causal entre la asistencia que se prestó a la interesada y el daño por el que se solicita una indemnización.

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 5 de abril de 2019.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, puesto que versa sobre la propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños personales 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.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que 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.

En el caso que aquí se analiza, el error de diagnóstico se pudo producir el 5 de septiembre de 2016 y la acción de resarcimiento se interpuso el 23 de agosto del año siguiente. De ese modo, hay que entender que la reclamación se presentó de manera temporánea, dentro del plazo legalmente establecido.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

De otra parte, como se dijo en el Antecedente octavo de este Dictamen, se ha incorporado al expediente un informe realizado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS en enero de 2018 a pesar de que, como se apuntó en el Antecedente séptimo, se había solicitado previamente a la Inspección Médica que emitiera su informe valorativo en mayo de ese año 2018.

Con ello parece sortearse tanto la posibilidad de que la Inspección Médica se demorase en la emisión de su parecer como la de que no se haya aportado en este caso ningún informe pericial porque el siniestro carezca de la cobertura correspondiente. 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.

Así lo establece el artículo 14.6,a) del Decreto 15/2008, de 25 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el que se dice que, en materia de responsabilidad patrimonial le corresponde a ella *"Elaborar los informes técnico-sanitarios en los expedientes de reclamaciones de responsabilidad patrimonial que se instruyan por el Servicio Murciano de Salud, u otros departamentos de la Administración regional que así lo soliciten"*.

La circunstancia de que en este caso el Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS tenga la condición de Inspector Médico no permite entender que su actuación pueda ser atribuible a la Inspección de Servicios Sanitarios puesto que, para que así fuese, aquél tendría que ejercer sus funciones en el seno de la misma, como dispone el artículo 3.2 del citado reglamento: *"La realización de las referidas funciones en el ámbito de la asistencia sanitaria se encomienda a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de la*

Región de Murcia, a través del órgano directivo al que esté adscrita, todo ello, sin perjuicio de las funciones que correspondan a la Alta Inspección del Estado y en colaboración con la Inspección General de Servicios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia".

Como se argumentó detenidamente en los Dictámenes núms. 211 y 369 de 2018 y 11/2019, entre otros, ello no significa que no se deba tener en cuenta el informe elaborado por dicho funcionario. Lo que no puede admitirse es que sustituya al informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios. Ahora bien, su condición de médico le faculta para que sea 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.

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 de la Constitución Española, 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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, 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 previamente, la interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 6.000 euros. Considera que la atención que se le dispensó el 5 de septiembre de 2016 en el Servicio de Traumatología del HUCA fue equivocada y que eso motivó que se produjera un incremento del dolor y además un retraso de la intervención quirúrgica que luego se programó. Por lo tanto, un error de diagnóstico inicial provocó un retraso en la aplicación del tratamiento adecuado correspondiente.

A pesar de ello, se advierte que la reclamante no ha acompañado su solicitud de indemnización con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale el contenido de esas imputaciones, a pesar de que el

artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de procedimiento administrativo, dispone 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 facultativos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología que le atendieron en el HUV, que contradicen sus afirmaciones, y el informe del Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS, al que se le debe atribuir el valor que se ha mencionado más arriba.

De la lectura conjunta de esos documentos se deduce con claridad que la interesada se realizó en julio de 2016 una RMN que dio a entender que se había producido una rotura de menisco interno y que padecía un quiste de Baker pequeño y una condropatía rotuliana.

No obstante, en la consulta de Traumatología de 5 de septiembre de 2016, la paciente refirió dolor en la rodilla derecha de 10 meses de evolución relacionado, probablemente, con su actividad laboral, que mejora sintomáticamente con analgésicos. Las maniobras que realiza el médico ayudan a diagnosticar con facilidad el lugar de la lesión sin embargo, la exploración física de la paciente reflejaba dolor selectivo en la interlínea articular interna y sobre la inserción del paquete muscular de los isquiotibiales. Por lo tanto, no se advirtieron chasquidos ni signos meniscales categóricos. Además, no había alteración en los ejes, ni bloqueo articular ni inestabilidad a las maniobras exploratorias.

Ese conjunto de síntomas advertidos en la exploración física permitió emitir el diagnóstico de tendinopatía de la pata de ganso (anserina), un problema muy frecuente de gonalgia, a pesar de la existencia de la imagen de menisco roto. Como se ha señalado, debe primar el resultado obtenido en las exploraciones físicas sobre los resultados de las pruebas de imagen. De hecho, en pacientes de más de 50 años se suele apreciar la rotura del menisco interno de la rodilla que puede ser, como en este caso, totalmente asintomático y no causar dolor alguno. La falta de positividad de las pruebas meniscales fue concluyente para alcanzar ese diagnóstico de tendinitis junto con la inexistencia de dolor femoropatelar ni en hueso poplíteo.

Como es sabido, las roturas de menisco interno de la rodilla pueden ser totalmente asintomáticas y no causar ningún dolor. En personas de cierta edad se producen por los desarrollo de actividades cotidianas de la vida. Normalmente, el traumatismo es mínimo y da muy poca sintomatología aunque la molestia es permanente. Este tipo de roturas meniscales atraumáticas sin síntomas mecánicos no precisan intervención quirúrgica inicial. Si la rotura es pequeña, puede regenerarse ella misma y no hay bloqueo articular el tratamiento adecuado es conservador y no quirúrgico. En cualquier caso, la indicación de uno u otro tratamiento debe ser valorada por un especialista.

El objetivo del tratamiento de las roturas meniscales internas es reducir el dolor y la inflamación de la articulación y tiene como objetivo recuperar la funcionalidad de la rodilla. El tratamiento conservador incluye fisioterapia, antiinflamatorios y analgésicos y, si es necesario, rehabilitación e infiltraciones, en caso de no mejoría, que es lo que llevó a cabo el Dr. Y 7 meses después en la región anserina y en la intraarticular. En ese momento, la paciente experimentaba dolores compatibles con la condropatía que no había sufrido en la consulta de septiembre anterior. Así, como esas dolencias no remitían, el 23 de mayo de 2017 se le explicaron a la interesada las alternativas de tratamiento y se la incluyó en la lista de espera quirúrgica que someterse a una artroscopia de rodilla.

En consecuencia, no se puede entender que se haya producido un error en el tratamiento que causara perjuicios a la interesada, ya que se siguió la escalera de tratamiento indicada para su patología, ni tampoco un retraso de la intervención quirúrgica de meniscectomía mediante cirugía artroscópica, que se indicó cuando la clínica fue compatible, al menos en parte, con los hallazgos de la resonancia magnética, y no se consiguió mejoría con la analgesia oral y la infiltración local, que eran los tratamientos previos que debían seguirse.

Por lo tanto, como se concluye en el informe del Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS, la paciente recibió en este caso la atención sanitaria precisa, con los medios adecuados y conforme a los estadios clínicos que prestaba en cada momento. Ello impide que se pueda concluir que se produjo un error de diagnóstico y un retraso terapéutico que deban dar lugar al resarcimiento económico pretendido por la interesada.

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 ocasionado a la interesada un daño real y efectivo que deba ser objeto de reparación económica y no apreciarse tampoco la existencia de relación de causalidad entre dicha supuesta lesión y el funcionamiento del servicio sanitario regional.

No obstante, V.E. resolverá.