



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 311/2023

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de noviembre de 2023, 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 8 de mayo de 2023 (COMINTER 118167) y un disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 9 de mayo de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_151), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 23 de julio de 2021 D.^a X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que el 23 de julio de 2018 acudió Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Totana porque se había cortado el tercer dedo de la mano izquierda, y que le dieron 5 puntos de sutura, que le retiraron 9 días después.

Añade que el 7 de agosto de 2018, como seguía sufriendo un fuerte dolor en el dedo, que también estaba inflamado, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Rafael Méndez* (HGURM) de Lorca, donde le diagnosticaron una posible afección nerviosa y le recomendaron pedir cita en el Servicio de Traumatología.

Relata, asimismo, que el traumatólogo la valoró el 18 de agosto y que observó rigidez en el dedo afectado y le prescribió rehabilitación para que mejorara la movilidad. El 4 de octubre la derivaron a Consultas Externas, donde le diagnosticaron déficit funcional y un posible síndrome de dolor regional complejo en la mano izquierda. Se le indicó que debía someterse a 25 sesiones de rehabilitación.

La interesada destaca que, después de finalizar el tratamiento rehabilitador y no obtener alguna mejoría en el dedo, porque continuaba el dolor y la inflamación, el especialista le recomendó que se sometiera a una intervención quirúrgica (exéresis) el 1 de octubre de 2020, porque le diagnosticó un neuroma en colateral cubital del tercer dedo de la mano izquierda.

Seguidamente explica que, incluso tras la operación, continuaban la falta de movilidad y las molestias en el dedo, y que no se le ofreció alguna otra solución clínica.

La reclamante sostiene que esos padecimientos obedecen a una mala praxis en la aplicación de los puntos de sutura y en el posterior tratamiento, ya que, en el supuesto de que se hubiera empleado la técnica adecuada e implementado un tratamiento apropiado, la herida habría sanado sin mayores consecuencias.

Por esa razón, solicita que se le reconozca el derecho a que se le indemnicen los daños y perjuicios que ha sufrido como consecuencia de esa mala praxis, en la cuantía que se determine una vez que se cure o que las secuelas queden estabilizadas.

Finalmente, la interesada manifiesta que aporta junto con la reclamación 14 documentos de carácter clínico, aunque lo cierto es que no se acompañan.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 16 de septiembre de 2021 y el día 22 de ese mes se requiere a la reclamante para que especifique la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si es posible, y se le advierte de que no ha presentado los 14 documentos que dice adjuntar con dicha reclamación.

El citado día 22 se remite una copia de la solicitud a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente. También se demanda a la Dirección Gerencia del Área de Salud III-HGURM que remita copia de las historias de la interesada, tanto de Atención Primaria como Especializada, y los informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- El 4 de octubre se recibe la documentación clínica solicitada y dos informes médicos.

El primero es el informe elaborado conjuntamente, el 1 de octubre de 2021, por la Dra. D.^a Y y el Dr. D. Z, facultativos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En este documento se expone que la interesada *“acudió a Consulta Externa de Traumatología el día 16 de agosto de 2018 tras ser remitida desde el Servicio de Urgencias con los diagnósticos de secuelas de herida en tercer dedo de mano izquierda y probable afectación nerviosa. En dicha consulta se objetivó la presencia de parestesias y alodinia en la mitad radial del pulpejo del tercer dedo de la mano izquierda, rigidez de dedos y pérdida de fuerza, con un buen aspecto de la cicatriz. La usuaria indicó no sentir las parestesias desde el momento de la herida, refiriendo comenzar a sentir las tras un traumatismo en dicho dedo unos días después por lo que se dedujo que las parestesias se deben a una neuroapraxia producida por el traumatismo posterior y no a una neurotmesis ocasionada en la herida incisa inicial. Se prescribió tratamiento para dichas parestesias con pregabalina y se remitió al Servicio de Rehabilitación para el tratamiento de la rigidez.*

Debido a la mala evolución fue remitida a nuestra consulta de nuevo desde el Servicio de Rehabilitación. Valorada el día 30 de septiembre de 2019, se solicitaron radiografías, resonancia magnética y electromiografía, y fue remitida a la Unidad de Cirugía de la Mano. Con las pruebas diagnósticas fue valorada de nuevo el día 19 de diciembre de 2019 observando flexo de articulación interfalángica distal, articulación interfalángica proximal sin movilidad, con articulación metacarpofalángica bien e hiperalgesia en pulpejo en zona de cicatriz. Valorando las pruebas diagnósticas complementarias observamos una radiografía normal, resonancia magnética con un resultado inverosímil (por lo que se descarta) y electromiografía que no halla alteraciones en nervios colaterales, sólo neuropatía compresiva leve-moderada de nervio mediano a su paso por el túnel del carpo (no concordante con la clínica presentada). Se comprueba la presencia del signo de Tinnel positivo en la cicatriz, siendo diagnosticado clínicamente posible neuroma de nervio colateral e incluyendo en lista de espera para intervención quirúrgica de revisión y exéresis.

Dicha cirugía es realizada por medios ajenos a nuestro Servicio y por lo tanto el seguimiento ha sido realizado por dicho equipo.

La paciente refiere como secuelas rigidez y molestias en el dedo. La rigidez fue tratada desde el primer momento que vino a la consulta remitiéndose al Servicio de Rehabilitación para tratamiento fisioterápico, sin adecuada respuesta al mismo. Por otro lado, las molestias son secundarias a la neurotmesis del nervio colateral que evolucionó a neuroma de amputación mientras la paciente seguía en tratamiento, ésta es una complicación relativamente frecuente cuando la lesión sucede a ese nivel y tiene pocas posibilidades de reparación primaria.

Además, indicar que en la consulta del día 16 de agosto de 2018 refirió un nuevo traumatismo en dicho dedo coincidente con el inicio de la clínica de parestesias que no presentaba tras el incidente de la herida incisa. Posteriormente debido a la mala evolución fue remitida a Consulta Externa, diagnosticada y puesta en lista de espera para ser tratada”.

El segundo informe es el elaborado el 28 de septiembre de 2021 por la Dra. D.^a P. En él explica que la reclamante fue valorada en el Servicio de Rehabilitación entre octubre de 2018 y abril de 2019, y que ya lo había sido previamente en el Servicio de Traumatología en agosto de 2018. Asimismo, que en aquel momento presentaba una cicatriz hipersensible al roce con disestesias en la falange distal del tercer dedo y rigidez en flexo en la articulación interfalángica proximal de dicho dedo.

Se le realizó a la reclamante una radiografía que permitió apreciar un pinzamiento de la articulación interfalángica proximal y distal del dedo. Por ello, emitió el juicio crítico de que la interesada padecía, además de lo señalado, un déficit funcional de la mano izquierda y un posible síndrome de dolor regional complejo en esa extremidad.

De igual modo, explica que se le pautó tratamiento farmacológico y de fisioterapia, pero que en la revisión de 12 de abril de 2019 pudo comprobar, tras concluir las sesiones de rehabilitación, que persistían las disestesias y la hipersensibilidad al roce en el lugar ya mencionado, que no habían mejorado con los tratamientos, y la rigidez también expuesta, con déficit de extensión activa.

Añade que la reclamante realiza presa débil en la mano izquierda, con dificultad para las actividades de la vida diaria.

Por último, señala que, debido al largo tiempo de evolución y a una escasa respuesta al tratamiento médico y a la rehabilitación habitual, le pautó a la paciente unas sesiones más de fisioterapia y la remitió al Servicio de Traumatología para que fuese de nuevo valorada.

CUARTO.- El 26 de octubre de 2021 se requiere a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 que envíe una copia de la historia clínica de la reclamante y los informes de los facultativos que la asistieron.

El 3 de noviembre siguiente se reitera esta solicitud de documentación e información.

QUINTO.- El instructor del procedimiento le solicita a la reclamante, el citado 3 de noviembre de 2021, que precise en qué centro médico se le intervino del neuroma que sufría.

SEXTO.- Con fecha 12 de noviembre se recibe la documentación clínica solicitada a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 y el informe del facultativo que asistió a la reclamante, el Dr. D. Q, médico de Urgencias en Atención Primaria. En este documento, fechado ese mismo día, se expone lo siguiente:

“Que tras la sutura realizada [el 23 de julio de 2018] no se apreció afectación tendinosa, indicándosele no obstante que acudiera al día siguiente a su Centro de Salud para revisión de la herida. No se apreciaron signos ni de infección ni de inflamación en la zona afectada.

La [interesada] según consta acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez de Lorca el 7 de agosto de 2018, 15 días después de la asistencia, cuando en su momento se le dijo que fuera al día siguiente”.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente una nota interior del Director Gerente del Área de Salud III-HGURM en la que informa de que, aunque a la reclamante se la incluyó en Lista de Espera Quirúrgica, no se la intervino en dicha Área.

También adjunta nuevos documentos clínicos recibidos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del centro sanitario citado.

OCTAVO.- La interesada presenta el 26 de noviembre de 2021 un escrito en el que informa de que fue operada en el Hospital *Virgen del Alcázar* de Lorca, por indicación de los facultativos del SMS.

En otro sentido, manifiesta que realizará la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial por la que reclama cuando le sea posible.

Además, adjunta copia de los 14 documentos de carácter clínico que, por error, no acompañó con la solicitud inicial.

NOVENO.- El 1 de diciembre de 2021 se remite una copia de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección del Hospital *Virgen del Alcázar* y se le solicita que remita una copia de la historia clínica de la interesada y los informes de los facultativos que la atendieron.

De igual modo, se le pide que precise si la reclamante fue asistida por remisión del SMS y si el especialista que la operó es miembro de dicho Servicio público de Salud o de su propio personal. Además, se le advierte de que, si concurriese esa última circunstancia, debería considerarse interesada en el procedimiento y dar parte de lo sucedido a su propia compañía aseguradora.

DÉCIMO.- La Directora Gerente del Hospital *Virgen del Alcázar* presenta un escrito el 16 de diciembre de dicho año 2021 en el que confirma que la interesada fue remitida por la Unidad de Lista de Espera Quirúrgica del SMS. Asimismo, que la cirugía se realizó el 1 de octubre de 2020 por el Dr. D. R, traumatólogo adscrito a ese centro sanitario concertado.

Además, aporta una copia de la historia clínica demandada, que contiene el informe de alta del traumatólogo interviniente.

UNDÉCIMO.- La reclamante presenta el 28 de diciembre de 2021 un escrito en el que cuantifica el alcance de la indemnización que solicita, una vez estabilizadas las secuelas y emitido un informe pericial médico (que no aporta), del siguiente modo:

1. Incapacidad temporal, del 23 de julio de 2018 a 1 de noviembre de 2020 (464 días):
 - 200 días de perjuicio moderado (del 23 de julio de 2018 a 8 de enero de 2019), a razón de 70 €/día, 14.000 €.
 - 264 días de perjuicio básico (del 9 de enero de 2019 a 1 de octubre de 2020), a razón de 40 €/día, 10.560 €.
2. Intervenciones quirúrgicas: 2.000 €.
 - 23 de julio de 2018, sutura de herida menor (Grupo Traumatología I).
 - 1 de octubre de 2020, exéresis de neuroma (Grupo Traumatología II).
3. Incapacidad permanente (secuelas), 5 puntos: 5.000 €.
 - 01101 Parestesias partes acras MS (1-4 puntos), 2 puntos.
 - 03128 Limitación funcional A. metacarpofalángica del tercer dedo dominante (1-2 puntos), 2 puntos.
 - 03130 Limitación funcional A. interfalángica del tercer dedo dominante (1 punto), 1 punto.
 - 11001 Perjuicio estético ligero (1-6 puntos), 1 punto.

TOTAL, 32.560 €.

DUODÉCIMO.- El 11 de enero de 2022 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 3 de marzo de 2022 se recibe el informe pericial elaborado el 28 de febrero anterior, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por una especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

“1. La [reclamante] ha desarrollado un neuroma sobre el nervio colateral radial del tercer dedo de su mano izquierda como secuela de una herida sufrida por un corte en la mitad radial del pliegue interfalángico de ese dedo.

2. La herida se suturó en urgencias tras comprobar que no existía afectación tendinosa, por lo que la atención fue correcta.

3. La paciente comenzó a notar alteraciones de la sensibilidad en el pulpejo del dedo tras recibir un golpe sobre el mismo 4 ó 5 días después de sufrir el corte y de que se le suturara la herida en urgencias.

4. Por tanto, lo más probable es que el nervio se lesionara tras recibir el golpe, al estar muy expuesto y muy cerca de las suturas.

5. Probablemente esto generó un tejido de cicatrización mayor, que englobó al nervio y lo lesionó aún más generando un neuroma.

6. En el servicio de Rehabilitación se le pautó tratamiento para la adherencia de la cicatriz. Además, los síntomas que presentaba la paciente eran superponibles a los del Síndrome de Dolor Regional Complejo y se le ofreció tratamiento para el mismo.

7. Tras comprobar la ausencia de mejoría con el tratamiento rehabilitador, se sospechó la existencia de un neuroma y se le ofreció un tratamiento quirúrgico advirtiéndole de que era posible que sus síntomas no mejoraran.

8. La técnica quirúrgica realizada está aceptada para el tratamiento de esta dolencia, aunque los neuromas son difíciles de tratar y los resultados del tratamiento son poco satisfactorios.

9. Por tanto, la [interesada] ha recibido en todo momento una atención médica correcta”.

El 4 de marzo se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

DECIMOCUARTO.- El 19 de mayo de 2022 se concede audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen oportunos.

DECIMOQUINTO.- Un abogado, actuando en nombre y representación de la reclamante, presenta el 20 de junio de 2022 un escrito en el que manifiesta que, una vez examinado el expediente administrativo, no existe duda de que las lesiones y secuelas que padece su mandante obedecen a una mala praxis.

En concreto, añade, a la deficiente atención primaria que se le dispensó y al error que diagnóstico en que se incurrió, puesto que no se advirtió la lesión que sufría en el nervio colateral hasta dos semanas después. Añade que el día en que acudió al Servicio de Urgencias debió haber sido remitida al de Traumatología para que fuese debidamente valorada. Completa este razonamiento con la alegación de que resultaba posible la recuperación de la lesión nerviosa mediante tratamiento conservador, pero que eso no ha sucedido.

Resalta que en el informe pericial aportado por la compañía aseguradora del SMS se hace alusión a que su representada recibió un golpe después de haber sufrido el corte del que se ha hecho mención, y que se considere causa de la lesión del nervio. Por el contrario, sostiene que nunca se produjo ese golpe y que no es cierto que lo padeciese en la herida después de haber acudido al Servicio de Urgencias.

A continuación, destaca también que en el citado informe pericial se reconoce que la lesión del nervio se pudo producir como consecuencia de la sutura, aunque se trata de soslayar esa posibilidad argumentando que es poco probable.

Por último, reitera que si se hubiese emitido un diagnóstico rápido de lesión del nervio en atención temprana o

hubiera sido derivada a Traumatología el mismo día en que sufrió el corte, se hubiese podido iniciar un tratamiento sanador que no le hubiera provocado las secuelas que padece.

Por último, reitera que se debe resarcir a su representada con la cantidad de 32.560 €, ya mencionada.

Junto con el escrito acompaña una copia de la escritura del apoderamiento que la interesada otorgó en su favor.

DECIMOSEXTO.- Con fecha 8 de mayo de 2023 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, ya que no se han acreditado ni la antijuridicidad del daño por el que se reclama ni la relación de causalidad que pueda existir entre él y el funcionamiento del servicio sanitario.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una 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 (LPAC), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

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

I. La reclamación se ha formulado por una persona interesada que es quien sufre los daños personales por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir 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. En este sentido, se debe recordar que se imputa la comisión del daño al SUAP de Totana, dependiente de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061.

II. El artículo 67.1 LPAC determina 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 el presente supuesto, se sabe que la reclamante sufrió un corte en el dedo el 23 de julio de 2018 y que, tras ser atendida inicialmente en el Servicio de Traumatología del HGURM, se sometió a rehabilitación entre octubre de ese año y abril de 2019. En octubre de 2018 se le diagnosticó déficit funcional y un posible síndrome de dolor regional complejo en la mano izquierda, por lo que se le prescribieron 25 sesiones de fisioterapia.

Ante el fracaso de dicho tratamiento de recuperación, volvió a ser atendida por dicho Servicio hospitalario en septiembre y diciembre de 2019, hasta que finalmente fue intervenida del neuroma, en la sanidad privada el 1 de octubre de 2020. Sostiene en la reclamación que persiste la falta de movilidad en el dedo.

En consecuencia, no cabe duda de que la acción de resarcimiento se interpuso el 23 de julio de 2021 dentro del plazo de un año establecido al efecto y, por tanto, de manera temporánea.

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 el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPAC.

Por último, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de suficientes elementos de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que ha traído al procedimiento la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de sus imputaciones de mala praxis.

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, recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), y desarrollados por abundante jurisprudencia, son los siguientes:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 medios 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 núms. 49/2001 y 97/2003 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, cuando del ámbito sanitario se trata, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa.

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.

I. Como ya se ha expuesto, la interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 32.560 € como consecuencia de la lesión nerviosa que padece en el tercer dedo de la mano izquierda, después de que en el SUAP de Totana, en julio de 2018, le suturaran la herida que le había provocado un corte. Añade que no ha mejorado a pesar de que le realizó una operación para extirparle el neuroma que le había formado en el nervio colateral radial del dedo.

Sostiene que se incurrió en mala praxis a la hora de cerrarle la herida, que no se advirtió inmediatamente la lesión nerviosa que se le había causado en ese momento y que no se la derivó inmediatamente a un traumatólogo para que la valorase e indicase el tratamiento adecuado.

A pesar de las imputaciones de mala praxis que formula, la interesada no ha presentado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le ayude a sostener la realidad de dichas alegaciones.

En este sentido, hay que recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone 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 reclamación.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado al procedimiento la historia clínica completa de la reclamante y los informes de los facultativos de Urgencias del SUAP, de Traumatología y de Rehabilitación que la atendieron. Además, se ha incorporado al expediente un informe pericial elaborado por una traumatóloga a instancia de la compañía aseguradora del SMS.

II. La lectura de la documentación clínica y del informe pericial mencionado permite alcanzar la conclusión, en primer lugar, de que la paciente no presentaba, tras la colocación de los puntos, signos de afectación tendinosa ni de alteración inmediata de la sensibilidad en el dedo. Así se destaca en el informe que elaboró el facultativo del SUAP el mismo día en que le suturó la herida (folio 43 del expediente administrativo). Por esta razón, considera la perita médica que la atención que se le dispensó a la reclamante fue correcta (Conclusión 2ª de su informe).

De igual modo, se advierte que el 7 de agosto de 2018, a las dos semanas de sufrir el corte, la interesada acudió al Servicio de Urgencias del HGURM porque presentaba dolor en el dedo. En el informe de ese día (folio 44 del expediente administrativo) se deja constancia de que se le había quitado la sutura 4 ó 5 días antes, que la retirada fue muy dolorosa y que notaba *calambrazos* con la extracción de cada punto.

Por otro lado, la reclamante acudió el 16 de agosto de 2018 a Consultas Externas de Traumatología porque continuaba con las molestias en el dedo, y entonces refirió *“que no nota las parestesias desde el primer momento, solo al recibir un golpe tras varios días después de la sutura”* (folio 29 del expediente administrativo).

Según argumenta la perita médica en el apartado de su informe titulado 5.1 *Consideraciones respecto a la reclamación interpuesta por la paciente*, *“Esto hace poco probable que el nervio se lesionara al suturar la herida pues de ser así, habría notado algún síntoma a las pocas horas de realizarse la sutura, una vez pasado el efecto de la anestesia local. Es posible que el golpe que recibió en el dedo contundiera el nervio contra los puntos de sutura produciéndose una cicatriz que englobara el nervio, lo cual podría explicar el dolor que padeció al retirarle los puntos”*.

Asimismo, en el apartado 5.2 de dicho informe, en el que se exponen varias *Consideraciones respecto a la atención médica recibida por la paciente*, la especialista explica que *“El nervio colateral del dedo está muy expuesto y es posible que sufriera alguna lesión tras el golpe, que produjera mayor cicatrización alrededor del nervio, de manera que quedara englobado en ella”*.

También sostiene que en las consultas de traumatología posteriores se interpretó que el nervio no fue lesionado por la sutura. De hecho, en su informe, los traumatólogos que la examinaron con posterioridad (Antecedente tercero de este Dictamen) explican que dedujeron que las parestesias eran consecuencia de una neuroapraxia producida por el traumatismo posterior y no provocada por una neurotmesis ocasionada en la herida incisa inicial.

Y finalmente reitera que *“La existencia de un neuroma indica que el nervio en algún momento fue seccionado al menos parcialmente. Aunque lo más lógico es pensar que la sección se produjo en el momento de sufrir el corte, no parece que fuera lo que ocurrió pues la paciente no comenzó a presentar alteraciones de la sensibilidad hasta 4 ó 5 días después, tras recibir un golpe en el dedo. Por el mismo motivo tampoco parece que la sección se produjera por la sutura. Por tanto, es posible que el nervio se dañara con el traumatismo recibido, al estar muy cerca las suturas, y que el tejido de cicatrización lo englobara dañándolo aún más”*.

Estas consideraciones las reproduce, en esencia, en las Conclusiones 3ª, 4ª y 5ª de su informe y ello le permite entender finalmente (Conclusión 9ª) que la reclamante recibió una atención médica correcta y que no se incurrió en un caso de mala praxis, por vulneración de la *lex artis ad hoc*, que deba ser objeto de resarcimiento.

De conformidad con lo que se ha expuesto, hay que concluir que no se acreditado la existencia de relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño por el que se reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado convenientemente.

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 existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños personales que se alegan, cuyos caracteres antijurídicos tampoco se han acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.