



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 242/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 13 de septiembre de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 31 de mayo de 2024 (COMINTER 116920) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 3 de junio de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_201), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 25 de octubre de 2017, D.ª X presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamante que el 18 de agosto de ese mismo año, y como consecuencia de un accidente doméstico (caída de una escalera), se golpeó los dos pies, con evidente fractura con deformidad del 5º dedo del pie derecho. Acudió al Hospital Comarcal del Noroeste, de Caravaca de la Cruz, donde tras realizar radiografía (sólo del pie derecho) se confirmó la fractura y se procedió a su recolocación por el médico de urgencias, tras consulta telefónica con el traumatólogo de guardia.

Para la reclamante en esta primera asistencia de urgencias se cometen tres negligencias: a) la recolocación del dedo se hace por el médico de urgencias y no por el traumatólogo; b) no se hizo una radiografía de control tras la recolocación; y c) no se hizo radiografía del pie izquierdo, a pesar de la hinchazón y amoratamiento que presentaba.

El 23 de agosto vuelve a urgencias, dado que el dolor en el pie derecho aumentaba. Tras efectuar radiografía, se

comprueba que el dedo no estaba bien colocado, pero que, como ya estaba consolidándose y que no iba a dar problemas, se decidió no hacer nada, a pesar del dolor insoportable en la parte superior del pie.

El 28 de agosto es vista por el traumatólogo, y se hace radiografía de ambos pies. Se le indica a la paciente que ya puede empezar a apoyar el pie derecho y se cita para revisión veinte días después.

Sin embargo, antes de esa cita, la paciente acude a su médico de Atención Primaria para que le recete algún calmante, dado que el dolor que sentía en el pie al comenzar a apoyarlo era insoportable. Al revisar las radiografías, el médico advierte una fractura en el segundo metatarsiano y de ahí el gran dolor que sufría.

Vuelve al hospital por indicación de su médico de cabecera y se realiza radiografía en la que se advierte la fractura, por lo que se le inmoviliza el dedo con férula de yeso con indicación de no apoyar el pie. Sin embargo, cuando vuelve al traumatólogo una semana después, se le retira la férula y se le indica que, como hacía ya un mes desde la caída, que se ayudara con una muleta y que, si tenía dolor, que volviera por urgencias, desentendiéndose de la paciente.

Siguiendo la recomendación del traumatólogo, intentó caminar con apoyo en muleta, pero el dolor era insufrible, por lo que es derivada a Rehabilitación, que prescribe una resonancia magnética en la cual se ve que la fractura aún (el 22 de septiembre) se encuentra sin unir, y que al andar con la fractura abierta se le ha provocado una inflamación en el hueso (edema óseo).

Afirma la reclamante que, como consecuencia de las negligencias sufridas, se ha retrasado su recuperación, y que, al no poder caminar en la fecha en que tenía que reintegrarse a su trabajo, lo ha perdido.

Solicita responsabilidad por la pérdida económica sufrida, que no cuantifica.

SEGUNDO.- El 17 de noviembre de 2017, se admite a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, que ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que, a su vez, procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Asimismo, recaba de la Gerencia del Área de Salud concernida por la reclamación, una copia de la historia clínica de la paciente y el informe de los facultativos que le prestaron la asistencia por la que pide ser indemnizada.

TERCERO.- Unida al expediente la documentación e informes requeridos por la instrucción, constan los siguientes:

- El del Coordinador de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste que, tras relatar las diversas asistencias dispensadas a la paciente, informa:

“...la fractura de la primera falange del 5º dedo del pie derecho, puede ser reducida por el médico de familia adscrito en la puerta de urgencias, ya que está perfectamente capacitado para esta actuación. Se recomendó vendaje local y no apoyar el pie.

La imagen de fractura del segundo metatarso es muy difícil de ver, incluso con nuestros medios. Es ante la prolongada sintomatología, quien (sic) orienta al diagnóstico final. En la primera visita, se puede adivinar una tenue línea de fractura, que no se advierte en las siguientes series radiográficas.

Los huesos del antepié medio (cuboide, escafoide, cuneiforme, extremidades proximales de los metatarsos) es una zona anatómicamente estable. La recomendación básica es no apoyar el pie en el suelo. Junto con analgesia.

El diagnóstico por RMN supera con creces las imágenes radiográficas, y puede ser pedida tanto por traumatólogo como por medico rehabilitador, en un segundo tiempo, si hay persistencia de los síntomas.

Durante todo este periodo, sus series radiográficas fueron valoradas y revisadas por nuestros médicos de urgencias, así como por nuestros traumatólogos de guardia en cada día correspondiente.

Lamentablemente hay fracturas que no hay posibilidad de ver en una radiografía, bien porque sean estables, o estén en una zona anatómica estable, sin desviación anatómica. En todas las ocasiones la paciente vino por dolor en la zona del antepié, y en todas las ocasiones fue valorada radiográficamente.

No es posible concluir que hubo negligencia en nuestra actuación, ya que se articularon todos los medios a nuestro alcance para establecer el mejor diagnostico en cada momento. Lamentamos muchísimo este desenlace, y estamos dispuestos a colaborar en todo lo posible para que no se repita este caso”.

- El del traumatólogo del Hospital Comarcal del Noroeste que atendió a la paciente. Se expresa en los siguientes términos:

“1º La paciente acudió a urgencias de este Hospital el día 18.08.17 tras caída en su domicilio con traumatismo en los pies. Tras exploración física y radiografía, fue diagnosticada de fractura del tercio distal de la primera falange del 5º dedo del pie derecho con desplazamiento externo. El médico de urgencias está perfectamente capacitado para el tratamiento de este tipo de fractura aunque consultó con nuestro servicio donde se indicó que el tratamiento correcto sería realizar una pequeña tracción y estabilización con sindactilia, con esta maniobra la fractura quedó reducida adecuadamente y el resultado fue correcto.

2º Con respecto a la fractura de la base del 2º metatarsiano del pie derecho, se trata de una fractura incompleta difícilmente apreciable en la radiografía y dado que a la exploración clínica llamaba la atención el desplazamiento del 5º dedo, y el dolor que provoca esta fractura puede irradiarse al resto del pie, lamentablemente pasó desapercibida.

Además, al tratarse de una fractura incompleta no desplazada, la fractura es estable y puede consolidar mediante osificación directa aunque esté sometida a fuerzas de tensión o cizallamiento, no afectando al resultado final la inmovilización total. La RMN no es una prueba adecuada para valorar la consolidación puesto que el edema óseo que se produce en toda fractura puede enmascarar la formación de callo”.

CUARTO.- Requerida la reclamante para efectuar una valoración económica del daño, presenta el 13 de diciembre de 2017 una cuantificación provisional de 12.338,90 euros, en concepto de nóminas dejadas de percibir, prestación de ayuda familiar perdida, costes de fisioterapia y de limpieza del hogar.

Aporta copia de documentación clínica, de un recibo justificativo de percepción de salarios y de facturas por limpieza del hogar.

QUINTO.- Solicitado, el 21 de diciembre de 2017, el preceptivo informe de la Inspección Médica, se evacua el 22 de diciembre de 2023, con las siguientes conclusiones:

“1. No hubo ninguna negligencia en la asistencia médica de la paciente No se observa ninguna actuación sanitaria contraria a la Lex Artis.

2. La asistencia sanitaria que se prestó se ajustó a la sintomatología clínica y a los resultados de las exploraciones complementarias.

3. La fisura del 2º metatarsiano del pie derecho no se observa radiológicamente por la superposición de huesos y la ausencia de separación ósea.

4. La discontinuidad ósea en una de las corticales (fase de resorción ósea de los márgenes de la fractura) a partir de la 2ª-3ª semana hizo posible el diagnóstico radiológico.

5. La evolución y el tiempo de curación de las fracturas estuvo dentro de la normalidad. El retraso diagnóstico de la fisura del 2º metatarsiano no influyó en la curación. El tratamiento "no apoyar" fue correcto y coincide en el tratamiento de ambas fracturas.

6. Tanto la fractura sin diagnosticar como tratada (inmovilizada con yeso, férula o sindactilia) producen una incapacidad para usar la parte lesionada con normalidad. Y es por ello, que a nivel laboral, con frecuencia, son

causa de Incapacidad Transitoria.

7. La incapacidad para usar la parte lesionada (pie) con normalidad, es la misma, con una fractura (falange proximal del 5º dedo del pie derecho) que con dos fracturas (falange del 5º dedo + fisura del 2º metatarsiano).

8. La inmovilización no es superior en la recuperación de una fractura estable. La evidencia científica muestra a través de una gran cantidad de estudios que es necesario mantener cierta carga mecánica para favorecer los procesos de curación del tejido óseo.

9. La incapacidad es consecuencia de la fractura o de las fracturas producidas en la caída y no de la falta o el retraso del diagnóstico”.

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a la interesada, el 23 de enero de 2024 presenta escrito de alegaciones para manifestar que hubo omisión de la atención demandada por su parte, reiterándose en su solicitud de reclamación patrimonial. Manifiesta que hubo error y retraso diagnóstico de la fractura del pie, que sí fue apreciada por su médico de cabecera a la vista de la primera radiografía que se le hizo el mismo día del accidente, pero que fueron incapaces de advertir los especialistas de Urgencias y de Traumatología, ni siquiera en las pruebas radiológicas realizadas semanas después de producirse la lesión.

Señala, asimismo, que la indicación de no apoyar el pie era imprecisa en cuanto a su duración, pues si bien en la primera consulta sí que fue de unas dos semanas, tras la vista al traumatólogo se le dijo que al cabo de dos o tres días comenzara a apoyar ayudándose de una muleta, lo que pudo producir una consolidación inadecuada y le generó un dolor insoportable.

Adjunta fotografía de sus pies.

SÉPTIMO.- Con fecha 30 de mayo de 2024, la instrucción formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular, el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

En tal estado de tramitación y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 31 de mayo de 2024, complementada con un CD con las imágenes de las pruebas radiológicas realizadas a la paciente, que se recibió en este Órgano Consultivo el 3 de junio.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo 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, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I. Cuando de daños físicos o psíquicos a los usuarios de servicios públicos se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, lo que determina que la legitimada en el supuesto sometido a consulta sea la propia paciente, a quien resulta obligado reconocer la condición de interesada, conforme a lo establecido en el artículo 4.1 LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 25 de octubre de 2017, antes del transcurso de un año desde la primera de las asistencias sanitarias a las que la interesada pretende imputar los daños padecidos (el 18 de agosto de 2017), y ello sin necesidad de entrar a considerar la fecha posterior de estabilización o curación de las lesiones alegadas, a la que el indicado precepto legal vincula el *dies a quo* del plazo prescriptivo.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, el de la Inspección Médica, y el trámite de audiencia a la interesada, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

Ha de advertirse, no obstante, acerca de la paralización que sufre el procedimiento entre diciembre de 2017 y diciembre de 2023, a la espera de la evacuación del informe de la Inspección Médica, lo que determina que el tiempo invertido en la tramitación de este procedimiento exceda en mucho de los seis meses que, como plazo máximo de duración de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, establece el artículo 91.3 LPAC.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia, pudiendo sintetizarse en los siguientes extremos:

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

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada “lex artis ad hoc”, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La “lex artis”, por tanto, act? ?a como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPAC (10.1 RRP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que *“en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”*.

En esta misma línea, la STSJ Madrid, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia y valoración de la prueba pericial médica en el proceso judicial en materia de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria y que, *mutatis mutandi*, puede hacerse extensiva al

procedimiento administrativo:

“...es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

(...)

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad”.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria.

La reclamante considera que se produjo un tratamiento inadecuado de la fractura que presentaba en el 5º dedo del pie derecho, cuya reducción fue practicada por un médico de urgencias y no por el traumatólogo de guardia, y que no se realizó una radiografía de control tras la reducción. También alega que hubo un indebido retraso diagnóstico de la lesión ósea que sufría en el 2º metatarsiano de su pie derecho, a pesar de que, ya en la primera radiografía que se realizó el mismo día de la caída, era posible apreciar la lesión, como hizo su médico de Atención Primaria cuando semanas después revisó las imágenes. El retraso en alcanzar dicho diagnóstico le habría ocasionado una demora en el proceso de curación, que tuvo como consecuencia la pérdida de su trabajo, con las negativas repercusiones económicas que detalla en su escrito de valoración del daño reclamado.

A la luz de dichas alegaciones, la acción de responsabilidad efectúa una imputación por omisión de medios, bien por no aplicar los recursos necesarios (no asistencia por parte del especialista de guardia para efectuar la reducción inicial de la fractura en el dedo y omisión de radiografía de control tras la recolocación del dedo); bien por ser los facultativos que atendieron a la paciente, en las numerosas ocasiones en que demandó asistencia, incapaces de alcanzar un juicio clínico adecuado acerca de la etiología del dolor que presentaba y que, desde el primer momento, se achacó a la fractura de la falange del 5º dedo, obviando la posible existencia de otra lesión ósea.

Es evidente que la determinación de si la atención inicial de urgencias fue adecuada y si, atendido el cuadro de síntomas y signos de enfermedad que presentaba la paciente en cada momento en que demandó asistencia sanitaria, habrían debido sospechar los facultativos de la existencia de la lesión en el metatarsiano, son cuestiones que han de ser analizadas necesariamente desde la óptica de la ciencia médica, por lo que habremos de acudir a

los informes médicos y periciales que obran en el expediente.

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 (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Ahora bien, como ya se anticipó, la interesada no ha traído al procedimiento un informe pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis. Esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es al actor a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la *lex artis* que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico aforismo “*necessitas probandi incumbit ei qui agit*”.

En cualquier caso, los informes técnicos que sí obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada a la paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis, como de forma singular se desprende de la valoración crítica que de ella efectúa la Inspección Médica, a cuyas razonadas conclusiones, reproducidas en el Antecedente quinto de este Dictamen, cabe remitirse en orden a evitar innecesarias reiteraciones.

Baste señalar ahora que dicho informe descarta de forma categórica que la asistencia dirigida a tratar la fractura del 5º dedo del pie de la paciente fuera inadecuada o no conforme a la *lex artis*. Así, manifiesta la inspectora informante que “*Durante las asistencias en el servicio de Urgencias del HCN, los facultativos intervinientes en cada una de las ocasiones, no cometieron ninguna negligencia. En todas las asistencias los diferentes profesionales que atendieron a la paciente realizan una detallada anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias. Confirman el diagnóstico con el traumatólogo de guardia e instauran el tratamiento más adecuado a las conclusiones diagnósticas y sintomatología referida*”. Por su parte, los informes del Coordinador de Urgencias y del Traumatólogo del Hospital Comarcal del Noroeste coinciden en afirmar que el médico de urgencias está perfectamente capacitado para el tratamiento de este tipo de fractura, aunque consultó con el especialista. Éste, a su vez, en el informe evacuado a solicitud de la instrucción, señala que “*se le indicó (al médico de la puerta de urgencias) que el tratamiento correcto sería realizar una pequeña tracción y estabilización con sindactilia, con esta maniobra la fractura quedó reducida adecuadamente y el resultado fue correcto*”.

Ninguno de los informes se pronuncia acerca de la necesidad de efectuar una radiografía de control tras la recolocación del dedo fracturado, ni la reclamante ha acreditado que ésta sea una prueba requerida de forma inmediata tras la corrección traumatológica.

En relación con el retraso diagnóstico de la fractura en el metatarsiano, cabe comenzar por señalar que, aun cuando la reclamante afirma que la lesión fue advertida por su médico de Atención Primaria al ver la radiografía realizada el mismo día en que se produjo el accidente, lo cierto es que esta afirmación está huérfana de prueba en el expediente, pues en la historia clínica de Atención Primaria que se ha unido al procedimiento no existe anotación alguna de este descubrimiento en la fecha en que según la interesada lo hizo, el 11 de septiembre de 2017.

Por otra parte, el informe del Coordinador de Urgencias manifiesta que, tras revisar entre varios facultativos las radiografías del 18 de agosto de 2017, “*cabe la posibilidad de una línea de fractura en la cabeza proximal del 2º metatarsiano (ampliando con lupa y otros efectos de nuestro sistema informático de ampliación de imágenes)*”.

Dicha imagen es de difícil observación, ya que hay huesos superpuestos”. Adviértase que la conclusión a la que llegan diversos facultativos es que “cabe la posibilidad” de una línea de fractura, lo que dista mucho de ser una conclusión clara y categórica acerca de la visualización de la fractura en la imagen que valoró el médico de urgencias el 18 de agosto. A ello contribuye, además de lo reciente de la fractura -que todavía no muestra el típico callo en formación, que no se produce hasta entre 2 y 3 semanas después-, que no existe desplazamiento óseo, al producirse la lesión en una zona anatómicamente estable. Que dicha línea de fractura era muy tenue y casi inapreciable, se confirma cuando no puede advertirse en las radiografías realizadas en fechas posteriores y es la resonancia magnética la prueba que permite confirmar su existencia, si bien ya poco antes otra radiografía había permitido advertir esta fractura, porque “la discontinuidad ósea en una de las corticales (fase de resorción ósea de los márgenes de la fractura) a partir de la 2ª-3ª semana hizo posible el diagnóstico radiológico”.

De ahí que la Inspección Médica señale que no advierte mala praxis en la valoración que de las pruebas radiológicas se hizo en la puerta de urgencias y en el Servicio de Traumatología. Informa la Inspección Médica, en este sentido, que *“en el antepié las proyecciones radiológicas tienen huesos superpuestos, que dificultan la visualización de las corticales. En las fracturas, a menos que exista desplazamiento, el estudio radiológico suele ser normal. A las 2-3 semanas se visualiza un aumento de la densidad ósea o la presencia de un callo de fractura, que facilita el diagnóstico radiológico”.*

En cualquier caso, la evolución y el tiempo de curación no se vieron alterados por la ausencia de diagnóstico de la lesión del metatarsiano, toda vez que la recomendación de no apoyar, que convenía a esta segunda lesión, era coincidente con la fractura del dedo, y una eventual inmovilización del pie no habría aportado mayores beneficios en términos de tiempo de curación de la fractura, que era estable. Antes al contrario, señala la Inspección Médica que *“La evidencia científica muestra a través de una gran cantidad de estudios que es necesario mantener cierta carga mecánica para favorecer los procesos de curación del tejido óseo”.*

En consecuencia, no se ha acreditado que los facultativos que prestaron asistencia sanitaria a la interesada incurrieran en mala praxis alguna con relación al tratamiento y diagnóstico de las lesiones óseas que padecía. Esta conclusión, en definitiva, impide vincular los daños por los que se reclama a la actuación de los facultativos, careciendo aquéllos, además, de la antijuridicidad que es necesaria para poder declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Por otra parte, es de destacar que la interesada no ha llegado a acreditar que la pérdida de su trabajo (hecho en sí mismo también huérfano de prueba) se debiera a la pretendida mayor duración del período de curación o, incluso, a la impotencia funcional que las fracturas en el pie le causaban, pues no es suficiente, a tal efecto, la única prueba relacionada con la pérdida económica por la que reclama, que es un recibo acreditativo del pago de salarios correspondiente al mes de julio de 2017, en el que consta que su categoría profesional era la de “auxiliar administrativo-comercial”.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas,

en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño reclamado, ni su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.

