



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **250/2025**



El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de octubre de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficios registrados los días 26 de noviembre de 2024 y 11 de julio de 2025 (COMINTER 222908), y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 28 de noviembre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_408), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 1 de febrero de 2018 D.^a X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella, expone que el 31 de agosto de 2015 sufrió una fractura de desplazada de radio distal izquierda (tipo Colles) como consecuencia de una caída accidental, que fue tratada, en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Rafael Méndez (HGURM) de Lorca, mediante reducción y férula dorsal. También señala que, como sufría un dolor muy intenso, al día siguiente regresó al hospital y que allí se le retiró la férula inicial y se le colocó otra.

A continuación, expone que se le retiró definitivamente el 18 de octubre siguiente y que se objetivó entonces una úlcera palmar a nivel del 5º metatarsiano, debido a una mala colocación de la escayola, según le explicó el médico de Atención Primaria.

Añade que en Consultas Externas de Traumatología se dejó anotado que sufría dolores y parestesias en los dedos. Destaca, asimismo, que el traumatólogo le comentó que la inmovilización le había provocado el cuadro

acentuado por una osteopenia.

También resalta que el 22 de diciembre de 2015 consultó en el Servicio de Urgencias del HGURM por parestesias en la mano izquierda y que el 27 de enero de 2016, después de que se le hubiese realizado una electromiografía (EMG), se le diagnosticó neuropatía de los nervios mediano y cubital. Se le propuso liberación de canal de Guyon y se la incluyó en Lista de Espera Quirúrgica.

El 24 de mayo de 2016, de nuevo en Consultas Externas, se le diagnosticó síndrome de Sudeck y se le remitió a Rehabilitación a la espera de la intervención quirúrgica.

El 13 de junio de 2016 se le intervino para liberar el nervio cubital de la cicatriz fibrosa post-úlcera palmar y se sometió a fisioterapia hasta el 2 de febrero de 2017, en que se le concedió el alta con la secuela señalada.

La reclamante añade que el 21 de septiembre de 2017 fue examinada en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) de Murcia, y que se le diagnosticó el referido síndrome locorregional complejo de muñeca y mano izquierda.

Sostiene, por tanto, que como consecuencia de una defectuosa colocación de la férula de yeso se le provocó una úlcera palmar y una neuropatía de los nervios mediano y cubital izquierdos, así como un síndrome de Sudeck, con las secuelas que constan en la historia clínica.

Por esa razón, la interesada solicita una indemnización de 150.000 €.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 21 de marzo de 2018 y el 2 de abril siguiente se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I-HUVA y III-HGURM que remitan copias de las historias clínicas de la interesada de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que la asistieron.

TERCERO.- El 24 de mayo de 2018 se recibe una comunicación del Jefe de Servicio Jurídico del Área de Salud I-HUVA con la que adjunta la documentación clínica demandada. También advierte que remite un disco compacto (CD) que contiene los resultados de las pruebas de imagen que se le realizaron a la interesada.

Por último, acompaña el informe realizado el por la Dra. D.^a Y, médico residente del Servicio de Rehabilitación en el que manifiesta que ratifica el contenido del informe que elaboró el 21 de septiembre de 2017.

En ese documento se señala que la consulta obedeció a un “Dolor de muñeca sin traumatismo previo” y se expone lo siguiente acerca de la exploración física que se le realizó: “Paciente de 37 años que acude a HUVA a petición propia por dolor en muñeca y mano izquierda. Refiere antecedente de fractura EDR izda tratada de forma ortopédica hace 2 años. Desde entonces refiere dolor local irradiado distalmente sin territorio nervioso definido,

con cambios distróficos compatibles con sdme. locorregional complejo (...). Tratada en rhb durante el último año y medio. (...). Actualmente presenta misma sintomatología, con hiperalgésia y alodinia. Presenta atrofia de eminencia tenar e hipotenar, con flexoextensión de muñeca muy limitada tanto activa como pasiva. Exploración vascular distal conservada".

Acerca de las pruebas complementarias efectuadas, se expone que se le realizó una radiografía, que no mostró lesiones óseas evidente.

Finalmente, se precisa que el diagnóstico es “Síndrome locorregional complejo muñeca izda. MANO IZQUIERDA” y que se debe mantener el tratamiento que sigue en ese momento.

CUARTO.- El 13 de junio de 2018 se reitera a la Dirección Gerencia del Área de Salud III-HGURM la solicitud de documentación e información que se le había dirigido.

QUINTO.- Con fecha 28 de junio de 2018 se recibe una comunicación de la Directora Gerente del Área de Salud III-HGURM con la que acompaña la copia de la historia clínica de la reclamante.

De igual modo, adjunta el extenso informe elaborado el día 25 de ese mes por la Dra. D.^a Z, facultativa especialista de Medicina Física y Rehabilitación, en el que detalla el proceso de rehabilitación que siguió la paciente hasta que el 13 de junio de 2016 se le liberó el atrapamiento del nervio cubital. Asimismo, constata la afectación de nervio mediano en canal carpiano.

Asimismo, relata que, en la sesión de 2 de febrero de 2017, “se sigue apreciando la hipertrofia de la cicatriz ya mencionada y su adherencia a tejidos subcutáneos pese al trabajo de liberación realizado en fisioterapia en todos los meses de tratamiento. Persistencia de la limitación para la abducción de 5º dedo. Flexión de resto de dedos con limitación para la garra completa dada la rigidez de articulaciones metacarpofalángicas.

La paciente continuaba manifestando el dolor en dicha mano el cual se acentuaba más a la noche con hiperestesia en toda ella. Se apreciaba una movilización de muñeca funcional. Aportaba el resultado de la prueba electromiográfica solicitada, la cual se realizó el día 24 de noviembre de 2016. En el mismo se indicaba la existencia de atrapamiento de nervio mediano izdo en el carpo de grado moderado a severo. Y la existencia de neuropatía axonal de nervio cubital de importante intensidad y de localización distal.

Ante dicho resultado electromiográfico, el nulo efecto del tratamiento de rehabilitación para el tiempo del mismo; se remitió de nuevo mediante interconsulta al servicio de Traumatología para nueva valoración quirúrgica.

La paciente finalizó tratamiento de rehabilitación en este servicio el día 2 de febrero de 2017. Para ese tiempo había realizado un total de 76 días de tratamiento de fisioterapia como ha quedado registrado en su historial, a los cuales hay que sumar los 24 días previos realizados en el centro Virgen del Alcázar.

Tras la fecha del 2 de febrero de 2017, no se ha vuelto a valorar a la paciente en esta consulta”.

Por otro lado, también aporta el informe realizado el 26 de junio de 2018 por el Dr. D. P, facultativo del Servicio de Traumatología de Cirugía Ortopédica del HGURM, en el que expone de manera detallada la evolución seguida por la reclamante.

En este informe se expone que, tras la propuesta de intervención de liberación del nervio mediano, “*no existe inscripción en historia clínica hasta el 20/04/2018 siendo valorada por Dr. (...). La paciente refería dolor en cara volar carpo izq y sensación parestésica en dedos. A la exploración se apreciaba cicatriz de intervención previa con buen aspecto, y movilidad 4º y 5º dedos adecuada, pero con parestesias de este último. La paciente no se intervino de STC [síndrome del túnel carpiano] como tenía programado por lo que se solicitó EMG de control.*

Última revisión en consulta en el día de hoy, siendo valorada por Dr. (...) tras realización de nuevo EMG que informa de atrapamiento de nervio mediano izq grado leve, sin neuropatía por atrapamiento nervio cubital. La paciente sigue refiriendo debilidad-parestesias difusas de muñeca-mano y dolor difuso con cambios de sudoración y color. Se le plantea continuar con tratamiento rehabilitador quedando pendiente de evolución”.

Por último, ofrece los siguientes diagnósticos: fractura de radio distal izquierdo; síndrome de dolor regional complejo (Sudeck), atrapamiento del nervio cubital izquierdo y síndrome del túnel carpiano.

SEXTO.- El 13 de julio de 2017 se envía una copia del expediente administrativo a la Inspección Médica para que pueda elaborar el informe valorativo correspondiente.

SÉPTIMO.- El 12 de abril de 2024 se recibe el informe realizado con esa fecha por la Inspección Médica, en cuyo apartado sobre *Juicio crítico* se analiza la praxis seguida en este caso.

Así, se razona que el tratamiento conservador que se siguió en este caso, mediante inmovilización con férula dorsal de yeso es correcto y el indicado para ese tipo de fractura. También se expone que, al día siguiente se le realizó una nueva reducción, que implicaba un cambio de férula, y que se realizó una nueva comprobación radiológica, que evidenció que la reducción era correcta. Se resalta que la paciente no había seguido la recomendación de mantener el brazo en alto.

De igual modo, se destaca que en las consultas mantenidas a los 10 y 22 días después de la fractura se hicieron radiografías que demostraron que la fractura no se había desplazado. Además, se anota en los dos casos que la paciente no mueve los dedos porque no realiza ejercicios de flexo-extensión, a pesar de la insistente recomendación en ese sentido del traumatólogo.

También se señala que no existen referencias a que la interesada experimentase dolor en las siguientes

consultas, cuando aún llevaba la férula. Además, en el Servicio de Urgencias se le hizo una radiografía que permitió detectar importante osteopenia en mano-muñeca.

Se insiste en que, en este caso, tras un diagnóstico y tratamiento inicial correcto de la fractura de extremidad distal del radio, se han presentado dos complicaciones, y se expone que “*La primera de ellas un Síndrome de Sudeck, patología reconocida como posible complicación de este tipo de fracturas, y de otros traumatismos, de etiología y mecanismo de acción mal conocido, y sin que su aparición implique la existencia de mala praxis en el proceso diagnóstico-terapéutico de la fractura. Esta complicación es diagnosticada adecuadamente y el tratamiento de fisioterapia que recibió la paciente es el recomendado para la misma*”.

Seguidamente, se explica que la segunda complicación consiste en una “*neuropatía tanto del mediano, en grado moderado, como del cubital en grado severo y con mayor expresión sintomática. Tanto la afectación (habitualmente por compresión en sus respectivos túneles) del mediano, como la del cubital, son complicaciones conocidas de estas fracturas, y su presencia no implica la existencia de mala praxis*”.

En este caso en particular, y en lo que se refiere a la afectación del cubital, hay que tener presente la existencia de esa úlcera en la región palmar, en la zona hipotenar, que razonablemente puede estar relacionada con la férula con la que se inmovilizó la fractura, ya que aunque no se describe en el informe de la retirada si aparecen registradas, pocos días después, curas de una úlcera en la historia de atención primaria, y que puede haber contribuido (por la fibrosis resultante de su cicatrización que se recoge en el parte quirúrgico) a la compresión del cubital, aunque hay que tener presente que esta compresión del cubital podría haberse dado en ausencia de esta úlcera y de la fibrosis posterior.

Además de lo anterior, hay que tener presente que aunque la aparición de una úlcera por compresión a causa de una inmovilización es una posible complicación conocida, de lo recogido en la historia no se desprende que la paciente manifestara en ningún momento dolor en esa región, dolor que obligara, o al menos aconsejara, la retirada de la férula para valorar una hipotética úlcera por compresión; sólo refiere en la primera de las visitas dolor en dedos sin referencia ni en esta ni en sucesivas vistas a dolor en la región palmar, por lo que la actuación de los profesionales se considera correcta, sin evidenciarse mala praxis.

Una vez diagnosticada la neuropatía del cubital se procedió a su descompresión quirúrgica, de forma correcta y con buen resultado”.

Por último, se reconoce que la interesada sufrió asimismo la neuropatía del nervio mediano izquierdo, pero que el atrapamiento es leve.

A continuación, en el informe se exponen las siguientes conclusiones:

“• *La actuación de los profesionales en el proceso de diagnóstico y tratamiento de la FEDR [Fractura del extremo distal del radio] izquierda hasta el momento de retirada de la férula, fue correcta y adecuada a la Lex Artis.*

• En el tiempo posterior a la retirada de la férula se detectaron dos complicaciones: Un síndrome de Sudeck, y una neuropatía de mediano y cubital, más severa en el nervio cubital.

• Ambas son complicaciones descritas en la bibliografía y su aparición no implica la existencia de mala praxis.

• El Síndrome de Sudeck es una patología de etiología y mecanismo de acción mal conocido. Esta complicación fue diagnosticada adecuadamente y el tratamiento de fisioterapia que recibió la paciente es el recomendado para la misma.

• En lo que se respecta a la afectación del cubital, hay que tener presente la existencia de una úlcera en la zona hipotenar, que razonablemente debemos considerar relacionada con la férula y que puede haber contribuido a la compresión del cubital, aunque esta compresión podría haberse dado en ausencia de esta úlcera. La aparición de una úlcera por compresión a causa de una inmovilización es una posible complicación conocida, pero dado que no consta en la documentación que la paciente manifestara en las revisiones posteriores a la fractura dolor en esa región que obligara, o al menos aconsejara, la retirada de la férula para valorar la situación, hay que concluir que la actuación de los profesionales fue correcta, sin evidencia de mala praxis.

• Una vez diagnosticada la neuropatía del cubital se procedió a su descompresión quirúrgica, de forma correcta y con buen resultado.

• Posteriormente se propone liberación del mediano, aunque posteriormente se descarta.

• La situación final de la paciente corresponde a las secuelas de proceso de Sudeck, y a la neuropatía de nervio mediano que presenta.

• Del análisis de la documentación no se desprende la existencia de mala praxis por parte de los profesionales intervenientes”.

OCTAVO.- El 2 de mayo de 2024 se concede audiencia a la reclamante para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes.

Sin embargo, no consta que haya hecho uso de ese derecho.

NOVENO.- Con fecha 25 de noviembre de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

DÉCIMO.- 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 26 de noviembre de 2024, completado con la presentación de un CD dos días más tarde.

UNDÉCIMO.- El 17 de junio de 2025 un abogado, actuando en nombre de la interesada, presenta un escrito en el que advierte que con él adjunta dos informes periciales. Así, en el primero de ellos, realizado el 1 de julio de 2024 por un traumatólogo, se analiza la praxis médica que se siguió en este caso y en el segundo se realiza una valoración del daño corporal ocasionado a la paciente.

En dicho documento se analiza, como se ha expuesto, la práctica seguida, y su autor reconoce que la reducción de la fractura, efectuada el 31 de agosto de 2015 en el HGURM, y la inmovilización practicada mediante férula dorsal de escayola fueron correctas.

No obstante, y a la vista de las radiografías que se contienen en el historial clínico, el perito argumenta que las longitudes de las férulas que se le colocaron a la paciente eran excesivas, y aún más larga la de la segunda y definitiva por la cara dorsal. Añade que se debía haber modificado a las tres semanas la posición de la muñeca para que fuese neutra, y habersele colocado un yeso nuevo y cerrado durante las tres semanas que aún restaban para la consolidación.

Advierte que en la radiografía realizada el 16 de octubre de 2015 se aprecia que la fractura estaba consolidada, pero también que había aparecido una marcada osteoporosis en todo el esqueleto de la zona, lo que reflejaba la instauración de un síndrome de dolor regional complejo o de Sudeck.

El perito enfatiza que el seguimiento de la inmovilización fue pésimo y que, por esa razón, la paciente desarrolló todas las complicaciones posibles (rigideces articulares y el síndrome señalado), lo que se añadió una úlcera por presión a nivel del borde cubital, que, a su vez, provocó un atrapamiento del nervio cubital, que fue necesario tratar quirúrgicamente. Pese a los tratamientos posteriores, señala que la reclamante sufre como secuelas el síndrome mencionado en fase crónica y la incompleta recuperación de la función del nervio cubital.

Seguidamente, se recogen en el informe las siguientes conclusiones:

1. Que la reclamante sufrió la fractura de la extremidad distal del radio izquierdo el 31 de agosto de 2015 que, en sí misma, no era grave. Por el contrario, era de buen pronóstico inicial, con un tiempo estimado de curación de 3 a 6 meses.
2. Que la fractura se trató de forma conservadora, mediante reducción cerrada e inmovilización con férula de escayola, lo que debe considerarse correcto.
3. Que *“Sin embargo, tanto la férula colocada inicialmente, como la colocada al día siguiente y el seguimiento hasta la retirada de la inmovilización fue muy deficitario: no se corrigió una excesiva longitud de la férula que”*

bloqueaba la normal movilidad de los dedos, aun existiendo anotaciones claras de que no mueve los dedos... ni tampoco se cambió a las 3 semanas para llevar la muñeca a posición neutra y poner un yeso cerrado en su lugar.

4. Tras 6,5 semanas en esa situación la fractura consolidó correctamente, pero aparecieron complicaciones importantes y definitivas como consecuencia de una incorrecta inmovilización que condicionaron la evolución y el resultado final, sumándose una úlcera por compresión de la férula que afectó al nervio cubital.

5 y última: En consecuencia, se aprecia la existencia de una vulneración de la lex artis ad hoc y una mala praxis a lo largo de todo el proceso que, sin duda, han condicionado una excesiva duración del mismo y las secuelas que padece en forma definitiva".

En el segundo de los informes, elaborado el 21 de febrero de 2025, se lleva a cabo la cuantificación del daño corporal y se expone que la interesada tenía 34 años en el momento en que sufrió el daño por el que reclama y que, tras el tratamiento médico, quirúrgico y rehabilitador, requirió un período de estabilización lesional de 1.029 días. Se añade que, respecto de su determinación, procede aplicar los criterios que se recogen en el baremo que se anexa con el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Así, con fundamento en lo que se expone en dicho informe, entiende el abogado que procede considerar que 1 de esos días sería de hospitalización (que se corresponde con la intervención quirúrgica efectuada el 13 de junio de 2016) y el resto (1028) tendrían carácter impeditivo.

- 1 día hospitalario, a razón de 71,84 €/día, 71,84 €.
- 1028 días impeditivos, a razón de 58,41 €/día, 60.045,48 €.
- Total por incapacidad temporal: 60.117,32 €.

Acerca de las secuelas que padece, sostiene que serían las siguientes de entre las que se contemplan en el baremo médico anexado con dicha norma con rango legal:

- Capítulo 4. Extremidad superior y cintura escapular. Síndrome residual postalgodistrofia de la mano (valorable entre 1-5 puntos), 5 puntos.
- Capítulo 7. Nervio cubital. Paresia (10-12 puntos), 11 puntos.
- Capítulo 7. Nervio mediano. Paresia (10-15 puntos), 10 puntos.

Ello hace un total de 26 puntos por secuelas físicas.

En relación con el perjuicio estéticos causado a la interesada, se valora ponderadamente como de tipo medio con 14 puntos.

- 26 puntos, a razón de 1.411,75 €/punto, 36.705,50 €.
- 14 puntos, a razón de 937,83 €/punto, 13.129,62 €.

- Total por lesiones permanentes: 49.835,12 €.

Por otro lado, como complemento de las lesiones permanentes, entiende que procede aplicar:

- Factor de corrección por perjuicio económico (10%), 4.983,51 €.
- Incapacidad permanente total, 95.000 €.

Además, recuerda que, debido al padecimiento de esas secuelas, se le ha reconocido en sentencia firma la incapacidad permanente total para el ejercicio de su profesión habitual.

Así, pues, solicita una indemnización total ($60.117,32 + 49.835,12 + 4.983,51 + 95.000$) de 209.935,95 €.

Junto con el escrito aporta las copias de los dos informes periciales mencionados.

DUODÉCIMO.- El 2 de julio de 2025 se solicita al letrado interviniendo que acredite la representación de la interesada con la que dice actuar mediante cualquier medio válido en Derecho que deje constancia fidedigna de su existencia.

DECIMOTERCERO.- El abogado de la reclamante presenta el día 8 del citado mes de julio de 2025 un escrito con el que aporta una copia del justificante de aceptación del poder otorgado a su favor por la reclamante, debidamente inscrito en el Registro Electrónico de Apoderamientos.

DECIMOCUARTO.- El 9 de julio de 2025 se comunica al letrado que el expediente de responsabilidad patrimonial se remitió el 26 de noviembre de 2024 a este Órgano consultivo para Dictamen. Y que ello se produjo después de que se le hubiera concedido audiencia a su representada y de que el plazo concedido para formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimase pertinentes hubiese concluido.

DECIMOQUINTO.- El abogado de la interesada presenta ante el órgano gestor al día siguiente, 10 de julio de 2025, un escrito en el que aduce la nulidad de la decisión de inadmisión de las alegaciones y de los informes que presentó por suponer una vulneración del derecho fundamental a la tutela judicial efectiva y al procedimiento debido. En ese sentido, sostiene que su mandante tiene derecho a cumplimentar el trámite de audiencia antes, e incluso el mismo día, de que se le notifique la preclusión del plazo, de acuerdo con lo que se señala en el artículo 73.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Por tanto, recuerda que la preclusión del trámite de audiencia se le notificó ese mismo día 10 de julio, por lo que se deben admitir necesariamente.

DECIMOSEXTO.- El 11 de julio de 2025, el órgano gestor notificó al abogado de la interesada que la documentación que aportó el 17 de junio de 2025 se había incorporado al expediente, de lo que dio cuenta a este Consejo Jurídico ese mismo día.

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 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 presentado por una persona que goza de legitimación activa, dado que es quien sufre los daños de carácter personal 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. Respecto del requisito del plazo para formular la solicitud de indemnización, 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 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 presente supuesto, está claro que la interesada recibió el alta del Servicio de Rehabilitación del HGURM el 2 de febrero de 2017, después de que se le hubiesen manifestado las complicaciones que se han referido. Así pues, la acción de resarcimiento se interpuso el 1 de febrero del siguiente año 2018 dentro del plazo de un año legalmente establecido para ello y, en consecuencia, 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 con exceso el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 91.3 LPAC, dado que se ha debido esperar casi siete años a que la Inspección Médica elaborase su informe valorativo.

Acerca de la presentación por el interesado de nuevos medios de prueba cuando ya se ha recabado el parecer de este Órgano consultivo, procede recordar que en el Dictamen núm. 78/2016 se señaló que “*Ante la nueva documentación presentada (cabe recordar que aunque no se haya solicitado formalmente como audiencia, los interesados pueden ser oídos en los asuntos consultados según el artículo 48 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de este Consejo Jurídico), este Órgano Consultivo no puede ignorar dicho escrito y la pericial que acompaña a la hora de valorar la praxis, aunque haya sido aportada de forma extemporánea respecto al último trámite de audiencia otorgado en el procedimiento de responsabilidad patrimonial y una vez elevada la última propuesta de resolución que se somete a Dictamen*”.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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 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 3^a, 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.

I. Ya se ha adelantado que la interesada solicitó inicialmente que se le reconociese el derecho a percibir una indemnización de 150.000 €, cantidad que recientemente ha elevado a 209.935,95 €, puesto que entiende que en el Servicio de Urgencias del HGURM le colocaron incorrectamente unas férulas de yeso después de que se hubiese fracturado accidentalmente el extremo distal del radio izquierdo. Alega que ello le provocó la aparición de un síndrome de Sudeck y que le causó las neuropatías de los nervios cubital y mediano izquierdos.

En apoyo de sus imputaciones de mala praxis, la reclamante ha aportado al procedimiento un informe pericial elaborado por un traumatólogo en el que este especialista sostiene (Conclusión 2^a) que las férulas que se le colocaron a la paciente eran excesivamente largas y que ello impedía la movilidad de los dedos. Asimismo, que el seguimiento de la inmovilización fue deficiente porque no se le cambió la segunda férula a las tres semanas por un yeso cerrado y no se llevó la muñeca a una posición neutra. Sostiene, además, que la citada compresión provocada por la férula le ocasionó a la interesada una úlcera que le afectó al nervio cubital. Por último, argumenta que la falta de una inmovilización adecuada le ha dejado a la reclamante como secuelas el síndrome mencionado en fase crónica y la incompleta recuperación de la función del nervio cubital.

Por su parte, la Administración regional ha traído al procedimiento la copia de la historia clínica de la interesada, los informes de los distintos facultativos que le asistieron y, de manera significativa, el de la Inspección Médica.

II. En este último informe del Servicio de Inspección se argumenta que el tratamiento conservador que se siguió de manera inicial en este caso, mediante inmovilización con férula dorsal de yeso, es correcto y el indicado para ese tipo de fractura y que se ajusta a las exigencias de la *lex artis* (Conclusión 1^a). Conviene destacar que coincide en esta apreciación el perito que ha informado a instancia de la interesada.

Acerca de las dos complicaciones que se han presentado en este supuesto, esto es, el Síndrome de Sudeck y la neuropatía de los nervios mediano y cubital, se expone en el informe citado que son complicaciones conocidas de esas fracturas, pero que su aparición no denota mala praxis (Conclusiones 3^a y 9^a).

Por lo que se refiere al síndrome mencionado, se explica en ese documento que se trata de una patología de etiología y de mecanismo de acción mal conocidos, que puede aparecer por motivos diversos pese a que la lesión ósea se haya tratado de forma correcta. Se debe enfatizar, por ello, que su manifestación no denota mala praxis y que tampoco permite establecer con claridad un nexo de causalidad adecuado, en términos jurídicos, entre dicho daño y el funcionamiento del servicio público sanitario.

Respecto de las neuropatías citadas, también hay que reseñar que se trata de complicaciones conocidas de ese tipo de fracturas cuya aparición no revela, en principio, la concurrencia de mala praxis (Conclusión 3^a).

Pese a ello, la Inspección Médica admite (Conclusión 5^a) que, cuando se le retiró definitivamente la férula, la interesada mostraba, en la región palmar, la úlcera que se ha mencionado tantas veces. Asimismo, que su aparición pudo estar relacionada con la férula con la que se inmovilizó la fractura, porque pudo haber contribuido (por la fibrosis resultante de su cicatrización que se recoge en el parte quirúrgico) a la compresión del cubital.

No obstante, en el informe se destaca que la interesada no manifestó en algún momento dolor en esa región o, al

menos, un dolor que obligase o aconsejara a retirar la férula para valorar una posible compresión de los nervios citados.

Resulta necesario añadir, acerca del dolor de los dedos del que se quejó la interesada en la consulta a la que acudió a los 10 días de la fractura, que en ella, y en la celebrada a los 22 días, se dejó constancia de que la paciente no movía los dedos y que no realizaba ejercicios de flexo-extensión, a pesar de la insistente recomendación que el traumatólogo le hacía en ese sentido.

Por tanto, está claro que no se ha acreditado que se hubiese actuado en este caso con vulneración de la *lex artis ad hoc*.

A lo anterior hay que añadir que, a juicio de este Órgano consultivo, las consideraciones que se exponen en el citado informe de la Inspección Médica resultan más precisas y ajustadas a la realidad de lo que pudo suceder en este caso que las apreciaciones que se formulan en el informe pericial que se ha incorporado al expediente, que adolecen de cierta vaguedad.

Así, aunque este último dictamen se haya realizado por un traumatólogo, hay que advertir que la entidad de las argumentaciones que ofrece en él no es tan destacada y relevante como para establecer un nexo de causalidad claro e indubitable entre las actuaciones médicas enjuiciadas y los daños experimentados por la reclamante. Y, menos aún, que sirvan de forma taxativa para rebatir las argumentaciones que, en sentido contrario, realiza la Inspección Médica acerca de la falta de constatación de una infracción de una normopraxis exigible.

Esas son las razones que justifican que este Consejo Jurídico deba tomar en especial consideración el parecer técnico que ha expresado la Inspección Médica en dicho informe.

En consecuencia, hay que reiterar que no se puede considerar que exista una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños personales por los que se reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado convenientemente. Ante esa circunstancia, procede desestimar la solicitud de indemnización planteada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria porque no se ha acreditado la existencia de una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y los daños que se alegan, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado de forma conveniente.

No obstante, V.E. resolverá.

