

Expediente Núm. 56/2007
Dictamen Núm. 122/2007

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada los días 27 y 28 de septiembre de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 7 de febrero de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por don, como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 4 de septiembre de 2006, don presentó en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias, en, una reclamación de responsabilidad patrimonial por lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria prestada en el Hospital

Relata en dicho escrito el perjudicado que “sufrió el pasado día 9 de julio de 2005 una caída casual de la cama en el Centro, siendo inmediatamente

trasladado al Servicio de Urgencias del (.....), (...) y diagnosticado de fractura transversal tercio medio húmero izquierdo con tercer fragmento, instaurando como tratamiento, férula de coaptación en `u´ + férula braquial (...) y prescribiendo finalmente el procedimiento quirúrgico de osteosíntesis fractura húmero izquierdo./ Por último, significar que (...) en el momento de su ingreso en el Servicio de Urgencias del (.....), no presentaba signo clínico alguno de lesión en el nervio radial izquierdo”.

Continúa refiriendo que fue “intervenido quirúrgicamente en fecha 12 de julio de 2005, por el Servicio de Traumatología del (.....) (...). Durante el posoperatorio, y en fecha 14 de julio de 2005, presentó una parálisis del nervio radial izquierdo, prescribiendo finalmente el Servicio de Traumatología del (.....), previa consulta con el Servicio de Cirugía Plástica, la exploración quirúrgica del nervio radial izquierdo”. Por ello, fue “intervenido quirúrgicamente en fecha 15 de julio de 2005, por el Servicio de Traumatología del (.....), apreciando una sección completa del nervio con una pérdida de sustancia de un trayecto de unos diez centímetros, procediendo posteriormente a la aplicación y suturación de un injerto del nervio sural de veinte centímetros, y colocando (...) una férula de yeso”.

Sobre los perjuicios y secuelas, manifiesta en su escrito que fue “alta hospitalaria en fecha 25 de julio de 2005”, y que “tras las pertinentes revisiones por los Servicios de Traumatología y Cirugía Plástica del (.....) en fechas 3 de agosto (...) y 7 de septiembre de 2005, y tras las correspondientes consultas con el Servicio de Rehabilitación (...), fue (...) alta médica con secuelas en fecha 17 de octubre de 2005, presentando actualmente con ocasión de la deficiente asistencia médica prestada (...), una mano izquierda totalmente perdida, con signos de mala vascularización y enrojecida, todo ello con incapacidad para extensión de la muñeca (...), limitación de la flexión dorsal de la muñeca (...), y limitación de la flexión de los últimos grados de los dedos de la mano (...), portando finalmente de modo permanente y definitivo una férula anterobraquiopalmar”.

Razona que “la asistencia médica prestada por el Servicio de

Traumatología (...), no se ajusta en ningún modo al criterio de la 'lex artis', y en tal sentido la lesión del nervio radial izquierdo fue causada durante la intervención quirúrgica de osteosíntesis de fractura de húmero izquierdo practicada en fecha 12 de julio de 2005 por el Servicio de Traumatología del (...), todo ello teniendo en cuenta que la parálisis del nervio radial izquierdo fue objetivada durante el posoperatorio de la intervención quirúrgica de osteosíntesis de fractura de húmero izquierdo, en relación con la ausencia de signo clínico alguno de lesión en el nervio radial izquierdo en el ingreso”.

Añade que “en cualquier caso, la asistencia médica prestada (...) tampoco se ajusta en modo alguno al criterio de la 'lex artis', todo ello teniendo en cuenta que no se procedió a la rápida estabilización definitiva de la fractura mediante osteosíntesis, existiendo en consecuencia una flagrante demora en la intervención quirúrgica, habiendo sido diagnosticada la fractura de húmero en fecha 9 de julio de 2005, y finalmente practicada la intervención quirúrgica de osteosíntesis en fecha 12 de julio de 2005, es decir, transcurridos tres días”.

En cuanto a la indemnización solicitada, argumenta que “se ha de valorar por un lado, el tiempo de incapacidad para sus ocupaciones habituales, y por otro lado, los daños físicos ocasionados tanto por lo doloroso de todo este proceso, como por lo irreversible de esta situación”, teniendo en cuenta que “está totalmente impedido para realizar ocupaciones y actividades que requieran realizar mínimos esfuerzos físicos con las extremidades superiores, presentando en consecuencia, y cuando menos, una incapacidad permanente parcial para sus ocupaciones o actividades habituales, siendo finalmente valorados de forma prudente todos estos daños y perjuicios (...) en la cantidad de cincuenta mil euros” (50.000,00 €).

Después de mencionar los fundamentos jurídicos que considera de aplicación, concluye reiterando la solicitud de indemnización, a la que añade “los intereses legales correspondientes desde la presente reclamación” y, a modo de “otrosí”, propone como prueba la “documental privada consistente en que se tengan por reproducidos los documentos que acompañan a este escrito”. A este respecto hay que precisar que el interesado hace referencia a lo

largo de su reclamación, a una serie de documentos que identifica con los números 1 a 8, que sin embargo, no figuran presentados junto a ella. No obstante, figuran copias de todos en la historia clínica remitida por el hospital correspondiente.

Finalmente, señala como domicilio a efectos de notificaciones el despacho profesional de un letrado.

2. Con fecha 26 de septiembre de 2006, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias notifica al letrado cuyo domicilio señaló el interesado la fecha de entrada de la reclamación, la incoación del oportuno procedimiento, la normativa que resulta de aplicación y los plazos y efectos del silencio administrativo.

3. Mediante escrito de 15 de septiembre de 2006, el Secretario General del remite al Servicio instructor una copia del parte de reclamación y de la historia clínica del interesado.

4. Con fecha 26 de septiembre de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Secretaría General del que "por parte del Servicio implicado -Traumatología-, a la vista del contenido de la reclamación (...), se emita el pertinente informe".

5. Con fecha 18 de octubre de 2006, el Secretario General del remite al Servicio instructor una "copia del informe del Servicio de Traumatología I, que atendió" al reclamante. Dicho informe, suscrito el día 17 de octubre de 2006 por el Jefe del Servicio, indica que "estudiada la historia y actuaciones llevadas a efecto (...), la pauta diagnóstica y terapéutica realizadas por el equipo médico que las efectuó han sido correctas y según la `lex artis`".

Junto con dicho informe se remiten igualmente al Servicio instructor una copia del informe de alta por "mejoría", de fecha 25 de julio de 2005, y un informe, sin fecha, suscrito por el médico responsable del tratamiento.

En el primero de ellos, en su apartado “evolución y comentarios”, se indica que “en el posoperatorio se objetiva parálisis del nervio radial izdo., por lo que tras consultar con el Servicio de C. Plástica se decide revisión quirúrgica del mismo el día 15-7-05. En la revisión se apreció lesión del nervio que precisó injerto por parte del Servicio de C. Plástica”.

El segundo de los informes indicado, realiza una exposición detallada de todo el proceso asistencial prestado, señalando, a modo de conclusiones, que “el paciente fue atendido de manera correcta durante todo el periodo previo a la cirugía (...). La fractura fue intervenida en el momento más adecuado para este tipo de lesiones (...). La técnica quirúrgica se realizó de manera adecuada, siguiendo rigurosamente todas las normas estipuladas para este tipo de cirugía (...). La lesión quirúrgica del nervio radial es una complicación no deseable pero perfectamente conocida y descrita en la literatura traumatológica y no necesariamente debe ser imputada a una incorrecta práctica quirúrgica (...). El resultado de la segunda intervención (injerto de nervio sural) todavía no puede ser evaluado como definitivo debido a que han transcurrido 14 meses desde la lesión y aún cabe esperar la posibilidad de mejora funcional”.

Junto con el informe se adjuntan fotocopias de cinco artículos doctrinales al respecto de dicha lesión.

6. Con fecha 25 de octubre de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el Informe Técnico de Evaluación. Comienza por recoger los hechos alegados en la reclamación, su acreditación y la descripción del daño, señalando, sobre esto último, que el interesado “presenta una incapacidad para la extensión de la muñeca izquierda. Dicha lesión, dado que tan sólo han transcurrido catorce meses desde la lesión, no se encuentra estabilizada, siendo susceptible de una posible mejora funcional”.

Señala el inspector que se pueden extraer las siguientes conclusiones: “1. El procedimiento diagnóstico así como el tratamiento inicial de la fractura fueron correctos, utilizándose una férula de coaptación, profilaxis antitrombótica y analgésicos decidiendo, dadas sus características, que el

tratamiento definitivo de la lesión era quirúrgico./ 2. La cirugía de la fractura fue realizada en el momento que se consideró más idóneo, transcurridos unos días desde el trauma, cuando se había estabilizado, dejado de sangrar y disminuido el edema de la extremidad. A este respecto, hay en la literatura científica distintas posiciones, desde quienes opinan que se debe actuar de inmediato y los que son partidarios de una actitud más conservadora./ 3. En todo caso, la técnica quirúrgica empleada se encuentra actualmente aceptada de forma casi unánime como la ideal para este tipo de fracturas, por varias razones conllevando como contrapartida una mayor dificultad técnica y un cierto número de complicaciones documentadas en la literatura científica. Una de estas complicaciones es la posibilidad de lesionar el nervio radial cuando se efectúa el bloqueo distal del clavo con un tornillo, gesto quirúrgico realizado manualmente y que, pese al cuidado que se pone en su realización, en algunos casos puede producir la lesión del nervio, que no se detecta en el acto quirúrgico al tratarse de una técnica percutánea en la que no está indicada la exposición del radial./ 4. Una vez advertida la lesión nerviosa, se efectuó con toda diligencia la revisión quirúrgica de la lesión procediendo a su reparación, siendo prematuro aventurar a día de hoy el grado de estabilización de la secuela, ya que dado el tiempo transcurrido desde la lesión aún cabe esperar la posibilidad de una mejora funcional”.

Todo ello le permite afirmar que “la conducta de los profesionales intervinientes, tanto en el tratamiento de la fractura como posteriormente de la complicación surgida, fue correcta y ajustada a los parámetros definitorios de la buena praxis médica”, y que “la secuela que presenta el perjudicado como consecuencia de la lesión del nervio radial izquierdo, fue tratada tan pronto como fue detectada, y es susceptible aún de restitución `ad integrum´. Fue debida a la materialización de uno de los riesgos típicos del procedimiento quirúrgico al que el reclamante fue sometido, cuya aparición es posible aún en el supuesto de que la cirugía se haya desarrollado de forma irreprochable desde un punto de vista técnico, como fue el caso”.

Por lo expuesto, finaliza proponiendo que la reclamación “debe ser

desestimada”.

7. Mediante escritos de fecha 25 y 26 de octubre de 2006, respectivamente, el Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y del expediente a la correduría de seguros.

8. Con fecha 13 de diciembre de 2006, una asesoría privada realiza un dictamen que figura incorporado al expediente, suscrito colegiadamente por tres médicos, uno especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica y los dos restantes en Traumatología y Ortopedia. El dictamen comienza fijando el motivo de la reclamación, la documentación analizada y un resumen de los hechos (coincidente con el que figura en el informe técnico de evaluación), señalando una serie de consideraciones sobre la fractura diafisaria del húmero y las lesiones del nervio radial en dichas fracturas, indicando, entre otras cuestiones, que “la posibilidad de una lesión nerviosa del nervio radial en el tratamiento de enclavado intramedular de húmero se halla descrita en la literatura científica y si bien su frecuencia es baja existe un riesgo cierto de lesión que no es controlable por el cirujano ni asimilable a una impericia técnica”.

Como conclusiones, afirman los autores del dictamen que “1. El protocolo de tratamiento de la fractura diafisaria de húmero (del perjudicado) fue a nuestro entender correcto y ajustado a los protocolos de tratamiento de estas fracturas que se aplican en la actualidad./ 2. No existió demora injustificada en el tratamiento quirúrgico al no presentar a nuestro juicio indicación de tratamiento urgente de la fractura./ 3. Es a nuestro entender improbable que la lesión nerviosa tuviera relación con la demora quirúrgica al no existir con carácter preoperatorio./ 4. El protocolo quirúrgico realizado para el enclavado intramedular del húmero se ajusta a los protocolos descritos en la literatura para el tratamiento de estas fracturas. / 5. La lesión intraoperatoria del nervio radial es un riesgo conocido en el tratamiento quirúrgico de estas fracturas estimado entre el 1% y el 2%./ 6. Dado que el protocolo de

tratamiento se realiza a foco cerrado es imposible tener constancia de la lesión del nervio radial si ésta se produce de modo intraoperatorio./ 7. Una vez existió la sospecha de lesión posoperatoria, el tratamiento quirúrgico de revisión del trayecto del nervio radial se realizó a nuestro entender de modo correcto y con la priorización adecuada, adaptándose en todo momento a los protocolos más estrictos descritos en la literatura./ 8. El tratamiento de reconstrucción con injerto del nervio fue el adecuado de acuerdo a los protocolos publicados”.

9. Evacuado el trámite de audiencia, con vista del expediente, mediante oficio notificado el día 21 de diciembre de 2006, el 28 de ese mismo mes se persona en las dependencias administrativas el letrado cuyo domicilio se identificó por el reclamante a efectos de notificaciones, a quien se le hace entrega de una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento cuarenta y nueve (149) folios, según consta en la diligencia incorporada al efecto.

10. El día 29 de diciembre de 2006, se presenta en las oficinas de Correos de un escrito de alegaciones suscrito por el referido abogado, reiterando, en una única alegación, “el deficiente tratamiento médico (...), totalmente contrario a la ‘lex artis’, todo ello teniendo en cuenta que la parálisis del nervio radial izquierdo fue objetivada durante el posoperatorio de la intervención quirúrgica de osteosíntesis de fractura de húmero izquierdo”.

11. Con fecha 24 de enero de 2007, el Jefe del Servicio instructor remite a la compañía aseguradora del Principado de Asturias y a la correduría de seguros respectiva una copia de las alegaciones presentadas.

12. Con fecha 24 de enero de 2007, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, después de resumir los antecedentes de hecho (coincidentes con los recogidos en el informe técnico de evaluación) y el procedimiento instruido, basándose en una argumentación análoga a la del referido informe técnico.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 7 de febrero de 2007, registrado de entrada el día 14 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 4 de septiembre de 2006, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 12 de julio de 2005, con fecha de la última revisión en consultas externas de Medicina Física y Rehabilitación el día 17 de octubre de 2005, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Se aprecia también que por parte del letrado cuyo domicilio señaló el reclamante en su escrito inicial a efectos de notificaciones se realizan actos durante la tramitación del expediente en nombre y representación de aquél; en concreto, la vista del expediente y la formulación de alegaciones con posterioridad al trámite de audiencia, sin que, conforme a lo dispuesto en el

artículo 32.3 de la LRJPAC, conste acreditada esa representación. Ciertamente, conforme a este precepto y con carácter general, al tratarse de actos de mero trámite cabría presumir la representación, sobremanera dadas las condiciones personales del reclamante y su indicación sobre el lugar donde deseaba recibir las notificaciones. Sin embargo, al contener el expediente una documentación especialmente protegida por la ley, justamente por su carácter íntimo, como es la historia clínica del reclamante, la Administración no debió aceptar la presunción a este efecto, pues, por antiformalista que sea el criterio rector del procedimiento administrativo, existen ámbitos y documentos que por su importancia o por la relevancia legal que tienen exigen autorización expresa y fehaciente para su consulta, por lo que en modo alguno debió la Administración dar a aquel letrado vista del expediente sin antes verificar la representación que decía ostentar. Así lo exige la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, cuyo artículo 18, en su apartado 2, dispone que “El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada”.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- No existe controversia sobre los datos esenciales de la asistencia prestada al reclamante. En síntesis, cabe señalar que éste imputa a la Administración una “defectuosa asistencia sanitaria” que le habría producido, con motivo de una intervención quirúrgica para la reducción de una fractura de húmero, una lesión en el nervio radial, causándole, según indica textualmente en su escrito de reclamación, unos daños y perjuicios consistentes en “el tiempo de incapacidad para sus ocupaciones habituales” y “los daños físicos ocasionados tanto por lo doloroso de todo este proceso, como por lo

irreversible de esta situación". No aporta más precisiones con relación a ese "tiempo de incapacidad" al que se refiere y, sobre las secuelas, remitiéndose al último informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del, de fecha 17 de octubre de 2005, señala "mano izquierda totalmente perdida, con signos de mala vascularización y enrojecida, todo ello con incapacidad para extensión de la muñeca (...), limitación de la flexión dorsal de la muñeca (...) y limitación de la flexión de los últimos grados de los dedos de la mano (...), portando finalmente de modo permanente y definitivo una férula antebraquiopalmar".

Sobre el nexo causal, efectúa el reclamante una doble imputación a la Administración sanitaria: por un lado, que "no se procedió a la rápida estabilización definitiva de la fractura mediante osteosíntesis, existiendo en consecuencia una flagrante demora en la intervención quirúrgica", puesto que ésta no se llevó a cabo hasta "transcurridos tres días", y, por otro, que "la lesión del nervio radial izquierdo fue causada durante la intervención quirúrgica (...) practicada en fecha 12 de julio de 2005".

Por parte de la Administración sanitaria no se discute que la lesión del nervio radial se haya producido como consecuencia de la intervención quirúrgica realizada, aunque sí se niega la alegada demora en la intervención. Así se reconoce en el informe técnico de evaluación y se reitera en la propuesta de resolución, al indicar que en el posoperatorio de la intervención practicada el día 12 de julio de 2005 "se objetivó una parálisis del nervio radial izquierdo". Tal intervención se habría efectuado en el momento "más idóneo, transcurridos unos días desde el trauma", pero añadiendo que, entre las complicaciones de la técnica quirúrgica empleada, se encuentra la posible lesión del "nervio radial cuando se efectúa el bloqueo distal del clavo con un tornillo". Sin embargo, discrepa la Administración del carácter permanente y definitivo de las lesiones a las que se refiere el perjudicado, indicándose en el mismo informe técnico de evaluación que, si bien presenta una incapacidad para la extensión de la muñeca izquierda, "dicha lesión, dado que tan solo han transcurrido catorce meses (...) no se encuentra estabilizada, siendo susceptible de una posible mejora funcional".

No existe, en consecuencia, duda alguna sobre la existencia de unos daños irrogados al particular afectado, en concreto la lesión del nervio radial izquierdo, durante la intervención para la reducción de una fractura de húmero. No obstante, resulta obligado indicar que el afectado debe probar el alcance real de los daños, de modo que pueda realizarse una valoración objetiva, y, en este punto, el relato del perjudicado resulta vago e incompleto. Por un lado, se refiere a un “tiempo de incapacidad para sus ocupaciones habituales”, sin efectuar ninguna otra precisión. Ello impide a este Consejo su consideración, puesto que carecemos de los datos básicos que permitan un examen objetivo de los mismos. Además, teniendo en cuenta la situación personal del perjudicado, que se encontraba entre la fecha de la intervención quirúrgica (el día 15 de julio de 2005) y la última consulta documentada en el expediente (informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del, datado el 17 de octubre de 2005) recluido en un centro penitenciario, parece difícil presumir la existencia de esos perjuicios. Por otro, aunque sí resulta acreditada la lesión del nervio radial, las secuelas que se indican por el reclamante no pueden considerarse permanentes o estables, condición imprescindible para que las mismas puedan ser valoradas como tales. El grado de estabilización de esas lesiones es cuestionado en todos los informes técnicos aportados por la Administración, sin que el particular afectado presente ningún otro que permita sostener lo contrario. Tampoco existe coincidencia sobre el alcance de las secuelas, identificadas por el perjudicado en su escrito, ya que pese a remitirse al informe tantas veces citado, de fecha 17 de octubre de 2005, del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del, las por él señaladas no resultan coincidentes con las que en dicho informe se recogen. Así, cuando el perjudicado se refiere a “mano izquierda totalmente perdida”, comprobamos que en el informe citado se refleja “mano (I) péndula”, con flexión palmar de muñeca normal, flexión dorsal de 10°, y con limitación en los últimos grados de flexión en los dedos de esa mano. En consecuencia, por el servicio mencionado se aprecia “incapacidad para (la) extensión (de la) muñeca” y un codo normal.

Con carácter previo a cualquier otra consideración sobre el fondo, debemos empezar por indicar que, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Y en este orden de ideas, hemos de considerar acreditado que la atención sanitaria dispensada al interesado se ajustó en todo momento a los parámetros de la *lex artis* que acabamos de definir. Los informes médicos aportados por la Administración, no desvirtuados por otros que debió presentar el particular, señalan, respecto a la pretendida demora en la intervención quirúrgica, que la misma no existió, ya que la intervención se practicó en el momento que se consideró más apropiado, "cuando se había estabilizado, dejado de sangrar y disminuido el edema". Además, el reclamante insiste

reiteradamente en que, en el momento de la intervención quirúrgica, tal lesión no existía, sino que se apreció en el posoperatorio inmediato. Por tanto, también de sus propias manifestaciones podemos deducir que la lesión en el nervio radial no se produjo durante los tres días que mediaron entre el accidente y la intervención quirúrgica, sino que, como reconoce la propia Administración, la lesión se origina como consecuencia de la materialización de un riesgo conocido en ese tipo de intervención.

Como también hemos manifestado en ocasiones anteriores (Dictamen Núm. 3/2007), “la mera existencia de secuelas motivadas por un tratamiento no constituye dato suficiente para atribuir responsabilidad a los servicios sanitarios, pues no debe olvidarse que, dentro de los daños en los que la atención médica es el factor determinante, hay que distinguir aquellos que son intrínsecos al tratamiento, y que por ello se producen de modo necesario y justificado, y aquellos otros que se originan bien porque el prestado no fue el adecuado o porque cualquier otra circunstancia lo desnaturaliza. Sólo resultarían indemnizables estos últimos, puesto que los primeros, irrogados de forma necesaria en el correcto tratamiento de la enfermedad, no resultan antijurídicos y habrían de ser soportados por el paciente”.

Con base en lo expuesto, consideramos que no queda acreditada una actuación de los profesionales que atendieron al perjudicado contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues el reclamante fue diagnosticado y tratado conforme a la técnica quirúrgica correcta, entre cuyos posibles riesgos conocidos figura la lesión del nervio radial. Falta, por tanto, el imprescindible elemento de antijuridicidad que debe acompañar a cualquier daño para que su producción genere obligación alguna por parte de la Administración a la que se pretende imputar causalmente, por lo que hemos de concluir que debe desestimarse la reclamación interpuesta.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por don

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.