

Expediente Núm. 388/2009
Dictamen Núm. 252/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de octubre de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de octubre de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de mayo de 2008, se presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), por daños que se atribuyen a la asistencia sanitaria prestada en el Hospital “X”. El escrito entra en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 4 de junio de 2008.

El reclamante refiere que el día 1 de junio de 2007 sufrió “una herida por corte con formón en el cuarto dedo de la mano izquierda. Tras una primera atención ambulatoria en el Centro de Salud “A”, y debido a la gravedad de la

herida", es remitido a la Unidad de Urgencias del Hospital "X". Se "diagnostica como una `herida incisa en 4º dedo de la mano izquierda´, procediéndose a su sutura".

Sigue relatando que recibe el alta médica "el día 8 de junio de 2007 por mejoría tras retirarle los puntos de sutura", y advierte que "a medida que va bajando la inflamación del dedo y recuperando la movilidad" observa "que tiene una rigidez en el dedo lesionado" por lo que pide consulta a su médico de cabecera, "que lo envía a Cirugía Plástica" y desde ese servicio se le remite al de "Medicina Física y Rehabilitación". Finalmente "se diagnostica una rigidez del 4º dedo de la mano izquierda, como secuela producida por una sección del flexor profundo, que no fue suturada por la Unidad de Urgencias del Hospital `X´".

Afirma la existencia de un daño que no tiene el deber jurídico de soportar y relacionado causalmente con el funcionamiento de la Administración, "pues de haberse suturado el flexor, no se habría perdido la movilidad del dedo".

Valora el daño en seiscientos ochenta y nueve euros con un céntimo (689,01 €), importe en el que interesa ser indemnizado.

Adjunta copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias del Servicio de Traumatología del Hospital "X", de fecha 1 de junio de 2007. Consta en el mismo, exploración de la que resulta "herida incisa a nivel interfalángico proximal ventral de 4º dedo mano izq. con posibilidad para flexo-extensión activa y contra resistencia; sin parestesias", diagnóstico de "herida incisa" y que se sutura. b) Partes de baja y alta de incapacidad temporal por accidente no laboral, con fechas 1 y 8 de junio de 2007, respectivamente. c) Informe de alta de consulta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital "Y", de fecha 5 de marzo de 2008. Consta que ingresa el día 14 de noviembre de 2007, procedente de plástica para tratamiento y como motivo de alta, que "no precisa tratamiento y queda con secuelas". En la historia actual figura "herida casual en 4º dedo mano izquierda, fue a su médico y lo envía al Hospital "X", se sutura la herida, pero no se ve que estaba el tendón roto./ A los 10 días quitan los puntos y es cuando se envía a C. Plástica y se diagnostica que tenía una sección del flexor común del 4º dedo./ De momento, no se interviene

y se envía porque tenía molestias, a rehabilitación". En la exploración física, se anota "herida en buenas condiciones. La IFD no funcionaba ya que el flexor profundo estaba no suturado, no tenía un edema claro, ni dolor. Hacía puño, pero al realizarlo con el 4º dedo, la IFD estaba en extensión (...). Si no tiene problemas para su vida laboral y no le molesta es preferible no andar interviniendo, ya que la evolución de la lesión de no ser de inmediato no es muy favorable, pero si posteriormente le molesta o tiene problemas se volverá a ver en el S. de Cirugía Plástica para realizar una artrodesis de la IFD o una tenodesis. Cualquiera de estas intervenciones no son urgentes y puede ser a demanda según la necesidad. Con la fecha antes descrita se procede a su alta y será visto por nosotros si presentase algún problema". En diagnóstico principal figura "rigidez de 4º dedo mano izquierda secuela sección flexor profundo no suturado".

2. Por oficios datados el 6 y el 16 de junio de 2008, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios copia de la historia clínica del reclamante, así como informe del Servicio de Urgencias.

En la historia clínica figuran los siguientes documentos: a) Parte de hospitalización del día 1 de junio de 2007. Consta "herida incisa en 1ª falange 4º dedo mano izq. cara palmar. Movilidad de dedo conservada, pero dada la profundidad del corte, se deriva para valoración y sutura". b) Informe del Área de Urgencias del Servicio de Traumatología del Hospital "X", de fecha 1 de junio de 2007, con el mismo contenido que el aportado por el reclamante.

El informe del Servicio de Urgencias, datado el 13 de junio de 2008, refiere que "el día 1 de junio de 2007 (...) atendiendo al (...) reclamante por herida tras corte con formón en 4º dedo de la mano izda./ Tras la exploración de la herida, que se encontraba a nivel ventral de la zona interfalángica proximal de dicho dedo, objetivo que la flexo-extensión tanto activa como pasiva (contra resistencia) así como la sensibilidad del mismo estaban conservadas por lo que procedo al cierre directo (tras anestesia local) con sutura Seda 3/0 (6 puntos)

(...), y derivó a su médico de Atención Primaria para posterior seguimiento y retirada de los puntos de sutura en 7-9 días”.

3. Mediante escrito notificado al reclamante el día 26 de junio de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo le requiere para que en el plazo “de diez días, a contar desde el día siguiente al del recibo de esta notificación, para proceder a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistido de su petición”.

4. Con fecha 27 de junio de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Director Gerente del Hospital “X” le remita copia íntegra de la historia clínica del perjudicado, así como informe de la facultativa del Centro de Salud “A” En la misma fecha solicita al Director Gerente del Hospital “Y” informes de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación, y de Cirugía Plástica.

5. Por oficio datado el 3 de julio de 2008, el Gerente del Hospital “X” informa que la documentación solicitada ya había sido enviada y dice que en la historia clínica “está incluido el P-10” de la facultativa del Centro de Salud “A”.

6. Mediante escrito del día 7 de julio de 2008, el Secretario General del Hospital “Y” remite al Servicio instructor copia del informe emitido por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de fecha 5 de marzo de 2008, que coincide con el aportado por el reclamante. Se adjunta al mismo los siguientes documentos:

a) Parte de Interconsulta del Centro de Salud “B” al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital “Y”, datado el 17 de agosto de 2007, por “corte (herida) en 4 dedo

de la mano izda. Tras herida en dedo suturada e inicialmente parece que sin lesión tendinosa, presenta falta de flexión de la falange distal de 4º dedo de la mano" izquierda. b) Historia clínica en consultas de Cirugía Plástica. Consta anotación de consulta el día 6 de septiembre de 2007, según la cual "sección de tendón FCP de 4º dedo izdo., de 3 meses de evolución. Corte palmar suturado de urgencia en Cabueñes". En consulta del 30 de octubre de 2007, figura "vuelve por deformidad en flexión y molestias. Mando a rehabilitación".

7. Figura incorporado al expediente un escrito, presentado el día 7 de julio de 2008 en una oficina de Correos, en el que el reclamante "establece la cuantía del (...) (daño) en 689,01 €".

8. Con fecha 29 de julio de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto reitera su petición al Director Gerente del Hospital "Y" para que le remita informe del Servicio de Cirugía Plástica.

9. Con fecha 13 de agosto de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Centro de Salud "B", de Oviedo le remita la historia clínica de Atención Primaria del reclamante, el informe de derivación al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y" y la respuesta de dicho Servicio.

Consta en el expediente historia clínica en el Centro de Salud "B", de Oviedo, relativa al episodio de corte (herida), abierta el 4 de junio de 2007. En la anotación de ese día se hace constar la atención en Urgencias del Hospital "X" el día 1 de junio y "movilidad bien. Sutura bien". Hay otra consulta el día 8 de junio de 2007, en la que figura "retirar puntos en 72 horas". El día 11 de junio de 2007, se anota "retiro 6 puntos de sutura dedo anular mano" izquierda. El día 17 de agosto de 2007, consta interconsulta a Cirugía Plástica del Hospital "Y" para valoración. Consta también la respuesta del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y", en informe fechado el 7 de agosto de 2008, según el cual el paciente fue visto en consultas externas de Cirugía Plástica el 6 de septiembre de 2007 "por presentar una sección del flexor común profundo del 4º dedo de la

mano izquierda, de 3 meses de evolución. Según refiere el paciente sufrió un corte en el dedo que fue suturado en el Hospital "X". De momento se recomienda no tratar la sección tendinosa remitiéndose (...) a rehabilitación con fecha 30-10-07./ Se ha valorado conjuntamente con el Servicio de Rehabilitación y se ha acordado no proceder a la reparación tendinosa, planteándose como únicas posibilidades la artrodesis de la interfalángica distal o una tenodesis./ Estas intervenciones no son urgentes y es aconsejable realizarlas exclusivamente a petición del paciente, ya que la intervención tendinosa secundaria, mediante injerto tendinoso en dos tiempos no garantiza un buen resultado". Consigna diagnóstico principal de "secuela sección flexor profundo 4º dedo de mano izquierda".

10. Con fecha 29 de agosto de 2008, el Secretario General del Hospital "Y" remite al Servicio instructor copia del informe del Servicio de Cirugía Plástica, cuyo contenido coincide con la respuesta a la petición de interconsulta, ya consignada.

11. Con fecha 30 de septiembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Entre los hechos que considera acreditados, consta que el día 1 de junio de 2007 el reclamante sufrió una "herida incisa" en el 4º dedo de la mano izquierda; "el mismo día es atendido en el Área de Urgencias del Hospital "X", donde se aprecia herida en nivel ventral de la articulación interfalángica proximal del 4º dedo izquierdo, objetivando que la flexo-extensión activa y pasiva así como la sensibilidad estaban conservadas, por lo que se procedió al cierre directo con seis puntos de sutura./ Fue revisado el 4 de junio de 2007 (...) se anota 'movilidad bien' (...). El 8 de junio de 2007 (...) se le entrega alta médica (...) y se retiran los seis puntos de sutura el 11 de junio de 2007./ Vuelve a consulta (...) el 17 de agosto de 2007, observándose que no mueve la falange distal del dedo lesionado, por lo que su MAP lo deriva a Cirugía Plástica del Hospital "Y", acudiendo a consulta el 6 de septiembre de 2007. En el apartado de valoración,

consigna que “ante la sospecha de lesión de un tendón, se deben realizar algunas pruebas específicas./ Para el examen del tendón flexor profundo se pide al paciente que flexione la falange distal, manteniendo en extensión la articulación interfalángica proximal. Estas exploraciones nos darán el diagnóstico”. Transcribe consideraciones de diversos autores a propósito de la lesión: “C. Verdán en ‘Cirugía reparadora de los tendones’ afirma que el diagnóstico de una sección de los tendones flexores no siempre es fácil (...) y (...) en ocasiones puede pasar desapercibida en un examen clínico”. Cita a R. Tubiana, que “considera básico (...) realizar una exploración de la lesión, sospechando la presencia de una lesión parcial cuando a pesar de que se conserve una flexión activa asienta un hematoma sobre la vaina tendinosa”. Por último, aporta la opinión de J. Leddy en “lesiones agudas de los tendones flexores”, que “no considera fácil el diagnóstico de estas lesiones” y refiere los beneficios de la reparación inmediata. En el caso concreto, se considera que “se trata en consecuencia de una herida, sobre un dedo de la mano, que ha evolucionado a rigidez de la IDF por sección del tendón flexor largo derecho. Esta lesión no fue diagnosticada en el Servicio de Urgencias del Hospital “X”, probablemente por alguno de los motivos que cita la bibliografía consultada (dificultad exploratoria por dolor, no exploración quirúrgica de la herida, exploración insuficiente de la movilidad de cada segmento articular...), por lo tanto no pudo aplicarse el tratamiento debido. Cuando es derivado a un Servicio especializado (Cirugía Plástica) ya presenta una rigidez de la IFD, de acuerdo con Rehabilitación se le prescriben unos ejercicios domiciliarios y en el futuro, si le ocasionan mayores molestias, se abordaría una inmovilización de la articulación afecta realizándose una artrodesis o bien una tenodesis”.

Concluye que “la lesión actual es consecuencia del error en el diagnóstico que, ante una herida en la IFP de 4º dedo, no detecta la sección tendinosa correspondiente, produciéndose una demora en la derivación al servicio especializado (Cirugía Plástica) con el resultado actual de rigidez IFD 4º dedo” y se propone estimar la misma, independientemente de la cuantía, que se fijará en

un momento posterior del procedimiento administrativo. Adjunta copia de parte de varios tratados de traumatología.

12. Mediante escrito de 23 de enero de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA, y se le comunica traslado del expediente a la correduría de seguros.

13. Por oficio notificado al reclamante el día 27 de enero de 2009, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 30 de enero el reclamante se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por ciento diez (110) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

14. Con fecha 12 de febrero de 2009, el reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que reproduce los hechos consignados en su escrito inicial y afirma, con base en el informe técnico de evaluación, que la conducta del Área de Urgencias del Hospital "X" fue desacertada y, el nexo de causalidad entre el daño sufrido y el funcionamiento del servicio público de salud.

Aduce error en la valoración del daño, que fija ahora en dieciocho mil cuatrocientos cuarenta y un euros con cuarenta y nueve céntimos (18.441,49 €), por 267 días improductivos, 6 puntos de secuelas y factor de corrección del 10% sobre la secuelas. El escrito entra en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 13 de febrero.

15. El día 24 de febrero de 2009, el reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al SESPA, por daños derivados de la asistencia sanitaria, con base en los hechos y fundamentos que sostienen la presente reclamación y por el mismo importe indemnizatorio.

Adjunta documentación que ya obra en el expediente.

16. Con fecha 6 de marzo de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios acuerda acumular en un único procedimiento las dos reclamaciones presentadas por el perjudicado “dado que los hechos a los que ambas se refieren, guardan identidad sustancial e íntima conexión”. Consta notificado al reclamante el día 13 de marzo.

17. Mediante escritos de 9 de marzo de 2009, se remite copia de la nueva reclamación, así como del acuerdo de acumulación a la Secretaría General del SESPA y del expediente completo a la correduría de seguros.

18. Con fecha 7 de mayo de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito por tres especialistas, uno en Cirugía de la Mano y Nervios Periféricos y otros dos en Traumatología y Ortopedia. Tras realizar consideraciones de carácter general sobre el flexor profundo, los métodos de exploración, se formulan otras en relación al paciente, entre ellas, las siguientes: “Ante una lesión palmar, en un dedo, dos son los aspectos principales: valoración de la sensibilidad y valoración de la movilidad. Los tres (*sic*) se han valorado” remitiéndose al informe de urgencias. También informan que “la rotura se considera irreparable cuando desde la rotura (completa) se separan los cabos tendinosos y se produce degeneración tendinosa por pérdida de vascularización y por retracción del cabo proximal que hace imposible la reparación tendinosa directa. Esto sucede entre el 10º día y 3º mes”. Concluyen que “la actuación en urgencias fue correcta. Se realiza una exploración completa incluso contrarresistencia que evidencia una integridad tendinosa, al menos parcial (...), (siendo) difícil en ocasiones el diagnóstico de lesiones tendinosas parciales (causa más probable)./ Si no hay sospecha por la exploración de lesión tendinosa, no está indicada realizar una exploración quirúrgica./ No queda claro en qué momento pierde el paciente la movilidad del dedo. Lo que sí queda claro es que pasan más de dos meses, con

la consiguiente pérdida de oportunidad para reparar el dedo, origen en el paciente y no en la atención médica./ La atención en urgencias valora la enfermedad en un momento determinado en el tiempo. Si el paciente ve una anomalía y difiere la consulta en el tiempo hasta sobrepasar los tiempos límite de reparación la negligencia es, entendemos, del paciente. Urgencias no emite un alta definitiva sino que atiende la urgencia, valorando la necesidad de ingreso o no, para continuar la evolución del cuadro y tratamiento en planta de hospitalización o a nivel ambulatorio, como en este caso./ La actuación de los diferentes servicios médicos queda ajustada a la *lex artis*".

19. Mediante escrito notificado al reclamante el día 31 de julio de 2009, se le comunica la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 11 de agosto el reclamante se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por ciento setenta y tres (173) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

20. Con fecha 19 de agosto de 2009, el reclamante presenta en una oficina de correos de Villaviciosa un escrito de alegaciones en el que reproduce los términos del escrito inicial y se opone al informe de la asesoría privada, tachándolo de interesado. Manifiesta que "en todo momento siguió las recomendaciones de los doctores" del SESPA, que no calificaron como "urgente su consulta cuando acude de nuevo, según se desprende del folio 48 del expediente, donde se califica la prioridad del asunto como de 'normal' y en ningún momento de urgente ni preferente, transcurriendo 20 días hasta que fue visto por la Unidad de Cirugía Plástica".

21. Con fecha 17 de septiembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma, se considera que si bien "el informe técnico de

evaluación propone estimar la reclamación por entender que la sección del tendón flexor profundo, completa o parcial, no fue diagnosticada en el Servicio de Urgencias del Hospital "X", probablemente por alguno de los motivos que cita la bibliografía consultada (dificultad exploratoria por dolor, no exploración quirúrgica de la herida, exploración insuficiente de la movilidad de cada segmento articular...), por lo que no pudo aplicarse el tratamiento debido. Sin embargo el propio informe de evaluación describe la asistencia prestada indicando que el mismo día del accidente fue atendido en el Área de Urgencias del Hospital "X", donde se aprecia herida a nivel ventral de la articulación interfalángica proximal del 4º dedo izquierdo, objetivando que la flexo-extensión activa y pasiva así como la sensibilidad estaban conservadas, por lo que se procedió al cierre directo con seis puntos de sutura. Es decir, se hizo precisamente lo que toda la bibliografía recomienda y el informe indica: la exploración clínica completa, incluso contrarresistencia, que evidenció una integridad tendinosa, al menos parcial. Revisado días después en el Centro de Salud se anota 'movilidad bien, sutura bien'. Por tanto es obvio que la rotura total del tendón, que impide la movilidad del dedo, se produjo después de estas asistencias. Este es un mecanismo de rotura en dos tiempos que tiene su origen en una rotura parcial del tendón. Esta rotura parcial no se puede diagnosticar a pesar de la correcta exploración clínica realizada. El propio informe técnico recoge de la bibliografía la existencia de secciones tendinosas parciales y cómo en ocasiones pueden pasar desapercibidas en un examen clínico. La afirmación hecha en el informe relativa a que debe realizarse una exploración quirúrgica es errónea ya que si no hay sospecha por la exploración clínica de lesión tendinosa, no está indicada realizar una exploración quirúrgica. Carece de todo sentido realizar exploraciones quirúrgicas de tendones flexores a aquellos pacientes con exploración clínica normal. En el presente caso, la exploración clínica fue normal por lo que es obvio que no procedía realizar una exploración quirúrgica. Por tanto, tan solo cabe concluir que se actuó correctamente y de manera conforme a la *lex artis*".

22. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de octubre de 2009, registrado de entrada el día 13 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, cuyo original adjunta.

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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 28 de mayo de 2008, habiendo quedado determinado el alcance de la secuela el día 5 de marzo del mismo año, fecha del informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, por lo que es claro que fue formulada 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 Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), 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.

Advertimos que el servicio instructor procede a la acumulación de las dos "reclamaciones" presentadas por el interesado, sin valorar que en realidad más bien parece tratarse, la segunda, de una cautela innecesaria que adopta el reclamante una vez que ya había modificado la cuantía de la indemnización solicitada, reiterando en ella, salvo en lo que se refiere a la cuantía del perjuicio, el primer escrito de reclamación en todos sus términos. En cualquier caso, de considerar que se trata de una segunda reclamación susceptible de ser acumulada, debería haberse valorado que la misma estaría prescrita.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

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 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.- El reclamante interesa indemnización por daños que atribuye a la asistencia sanitaria que se le prestó en un hospital público.

Consta en el expediente que el reclamante presenta rigidez del 4º dedo de la mano izquierda y que el día 6 de septiembre de 2007 se le diagnosticó una sección del tendón flexor profundo, por lo que debemos considerar acreditada la efectividad de este daño, cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos que exigen la declaración de responsabilidad del Principado de Asturias.

También consta que tras haber sufrido un corte en aquel dedo el día 1 de junio de 2007, la herida se había suturado en el Área de Urgencias de un hospital público.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

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, o la falta de curación, 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*. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarias y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El reclamante atribuye el daño a la asistencia sanitaria urgente que se le prestó en el Hospital "X" y afirma, con apoyo en el informe técnico de evaluación, que la misma fue incorrecta, dado que no se detectó en aquel momento la rotura del tendón. Este informe, tras señalar cómo debe realizarse la exploración de la herida, y considerar que tal revisión fue correcta, comprobando que la articulación conserva la movilidad, concluye que ante la duda debió realizarse una exploración quirúrgica de la herida.

Por el contrario, el informe emitido a petición de la aseguradora, emitido colegiadamente por tres especialistas, uno en Cirugía de la Mano y Nervios Periféricos, y otros dos en Traumatología y Ortopedia, llega la conclusión contraria, tras examinar la asistencia sanitaria prestada al reclamante y analizar el resultado dañoso a la luz de las manifestaciones del paciente. La propuesta de

resolución se inclina por esta última valoración, negando la existencia de infracción alguna de la *lex artis* asistencial y, en consecuencia, desestimando la reclamación.

Analizado la documentación obrante en el expediente, hemos de considerar acreditado que el interesado fue correctamente examinado en la consulta de urgencias, realizándose una exploración donde, tras comprobar la flexión de la falange distal, se procedió a la sutura de la herida. A la luz de los informes señalados, consideramos que no existía dato o signo de alarma que hiciera sospechar la existencia de una posible rotura del tendón y, en consecuencia, que aconsejara, de conformidad con la *lex artis ad hoc*, una exploración quirúrgica en aquel momento. Por otra parte, como señala el informe de la aseguradora, la atención en urgencias valora la enfermedad en un momento determinado y que no emite un alta definitiva; lo que hace es atender la urgencia y valorar la necesidad de ingreso o no, para seguir la evolución del cuadro y su tratamiento, bien en el hospital, bien de forma ambulatoria, como en este caso. Consta en el expediente que el reclamante acudió a revisión en su centro de salud los días 4, 8 y 11 de junio de 2007, y que en ninguna de ellas refirió pérdida de movilidad, debiendo destacarse que el interesado no se opone a los términos en que se encuentra redactado el episodio en la historia clínica del citado centro, e igualmente consta que no es hasta el día 17 de agosto de 2007, es decir, dos meses y medio después de la lesión, cuando el interesado refiere la falta de movilidad en la articulación.

En el segundo trámite de audiencia, el reclamante alega que en todo momento siguió las recomendaciones de los médicos, que no calificaron como urgente su consulta cuando acude de nuevo, transcurriendo veinte días hasta que fue visto por la Unidad de Cirugía Plástica, que ya consideró irreparable la lesión por haber transcurrido más de tres meses desde que se produjo.

Sin embargo, como hemos señalado, el ahora reclamante acude al centro de salud cuando habían transcurrido más de dos meses de la última revisión en dicho centro, donde se anota que “presenta falta de flexión de la falange distal”, como síntoma de nueva aparición, por lo que no concurría motivo para solicitar

una valoración urgente, como reprocha el reclamante. Según consigna el citado informe colegiado, la rotura se considera irreparable cuando desde la rotura completa se separan los cabos tendinosos y se produce degeneración tendinosa, lo que sucede entre el 10º día y el 3º mes, periodo que no se habría agotado cuando fue visto en la consulta especializada. Cosa distinta es que, en dicha consulta, el reclamante hubiera indicado al médico una evolución diferente y este considerase que la lesión no se podía reparar.

En definitiva, no podemos apreciar relación de causalidad entre el daño alegado y la asistencia sanitaria prestada al reclamante, que fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.