

Expediente Núm. 280/2011

Dictamen Núm. 80/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
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 15 de marzo de 2012, 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 23 de noviembre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios ocasionados por la asistencia sanitaria recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 22 de febrero de 2011, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito mediante el cual interpone “reclamación previa al ejercicio de acciones en la vía judicial contencioso-administrativa” ante el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

A los efectos expresados, relata que el día 15 de enero de 2010, al sufrir un accidente doméstico en el que resultó lesionada en su mano derecha, acudió a los Servicios de Atención Primaria de, que le realizaron una primera cura y la derivaron al Servicio de Urgencias del Hospital “X”. En este centro, tras la oportuna exploración, fue diagnosticada de “herida inciso-contusa palma mano

derecha con afectación de pequeña vena. Buena flexo-extensión de los dedos”. Señala que “algo más de un mes después de la atención hospitalaria, y ante la mala evolución de la mano, por el centro de salud se realizó (...) consulta en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital ‘Y’, siendo atendida el día 19 de marzo de 2010, donde le informan (...) que por el momento resultaría contraproducente cualquier actuación quirúrgica, pautándole tratamiento tópico y remitiéndola, nuevamente, a rehabilitación”, que realiza “durante unos días y ante la mala evolución, con clínica de hipersensibilidad y dolor intenso, acudió a los servicios de la medicina privada (...), donde fue diagnosticada de ‘cicatriz retractsil en palma y 2º dedo de mano derecha con tenodesis de flexores’, siendo intervenida quirúrgicamente el día 26 de abril de 2010, practicándose ‘exéresis cicatricial con Z-plastia y tenolisis de flexores’”. Una vez efectuada la intervención la interesada retomó su tratamiento de rehabilitación en el servicio público sanitario, donde fue alta el 25 de agosto de 2010, persistiendo “dificultad para la acción del flexor propio del 2º dedo, con pequeña retracción de cicatriz operatoria dolorosa a la palpación, realizando puño completo”.

Expone que “desde el punto de vista clínico se aprecia la existencia de una mala evolución de una herida en la mano derecha, que fue tratada en un principio en el centro de salud y posteriormente en el Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’, y que precisó de una intervención quirúrgica meses más tarde, restándole secuelas (...) tanto estéticas como funcionales (...). Si bien es cierto que clínicamente no se puede asegurar cuál habría sido la evolución del proceso si se hubiera actuado quirúrgicamente en las primeras atenciones dispensadas a la paciente, es (...) cierto que lo esperable de haber actuado así hubiera sido una evolución normal, hacia una curación total a los pocos días. Sin embargo, con esa espera injustificada surgieron complicaciones que pusieron de manifiesto la ineficacia de la asistencia prestada”.

Finaliza su escrito solicitando una indemnización por importe total de dieciocho mil setecientos cuarenta y un euros con treinta y seis céntimos (18.741,36 €), cantidad en la que se “comprende el periodo de invalidez temporal (152 días improductivos), las secuelas funcionales derivadas de la limitación de la movilidad de la mano, las alteraciones de la sensibilidad y la pérdida de destreza que pueden tipificarse como síndrome residual

posalgodistrofia (4 puntos), el perjuicio estético generado, entre ligero y moderado (7 puntos) y los factores de corrección referidos a las secuelas y a la incapacidad temporal por los ingresos económicos anuales de la perjudicada (10% para cada uno de ellos)".

Se adjunta a este escrito la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X" referido a la asistencia prestada a la reclamante el día 15 de enero de 2010. b) Partes de interconsulta del Centro de Salud, de fechas 24 de febrero y 3 de marzo de 2010. c) Informe emitido por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y", de fecha 19 de marzo de 2010. d) Informe de una clínica privada de Cirugía Plástica y Estética, relativo a la intervención ambulatoria a la que fue sometida la interesada el día 26 de abril de 2010. e) Informe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y", en relación con la asistencia prestada y la evolución posterior de la reclamante desde su ingreso el día 19 de marzo de 2010 hasta la fecha de alta por mejoría el 25 de agosto de 2010. f) Informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital "X", de 2 de septiembre de 2010, sobre el tratamiento dispensado a la reclamante.

2. Mediante escrito de 9 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) comunica a la interesada 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.

3. El día 10 de marzo de de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de Atención Especializada de las Áreas Sanitarias IV y VII una copia de la historia clínica de la perjudicada y un informe de los servicios implicados en relación con los hechos objeto de reclamación.

En atención al requerimiento mencionado, con fechas 22 de marzo y 7 de abril de 2011, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la reclamante y los informes emitidos por los

Servicios de Urgencias y de Rehabilitación. Asimismo, el día 24 de marzo de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la interesada.

El día 4 de abril de 2011 se emite informe por el Jefe del Servicio de Cirugía Plástica. En él se indica que "en ningún informe se hace constar que exista una afectación tendinosa en la palma de la mano derecha (...). Es imposible poder certificar que no hubiese algún tipo de lesión primaria a nivel tendinoso (sección parcial) que justificaría la tenodesis realizada en otro centro./ Una sección parcial puede pasar desapercibida, ya que no ocasiona ningún tipo de impotencia funcional, salvo que por sobrecarga pudiese favorecer una rotura espontánea del tendón, que no es el caso./ En mi opinión, se trata de un cuadro de algodistrofia en el cual la tenolisis puede haber contribuido de manera indirecta a potenciar su algodistrofia".

4. Con fecha 13 de abril de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que "de la documentación examinada se desprende que la actuación en el Área de Urgencias del Hospital "X" (...) ha sido correcta, al haber seguido en todo momento las pautas de actuación en las lesiones de este tipo (...). La mala evolución de la herida, con retracción de la cicatriz, no puede imputarse sin más, como se pretende, a una asistencia supuestamente deficiente por parte del indicado Servicio, que ha actuado de manera correcta y ajustada a (la) *lex artis*, pudiendo deberse (a) múltiples factores relacionados con los fenómenos de reparación tisular operada en este supuesto, cuyo resultado es imprevisible, y a los que el personal médico actuante es totalmente ajeno. La propia reclamante reconoce que no se puede asegurar cuál habría sido la evolución y el resultado del proceso de haber actuado quirúrgicamente en la primera atención dispensada (...), por lo que cualquier conclusión al respecto es meramente especulativa./ Parece también correcta la actuación del Servicio de Cirugía plástica de abstenerse de cualquier gesto quirúrgico, pues la paciente presentaba en ese momento un cuadro algodistrófico que podría comprometer el resultado de la cirugía./ Hay que resaltar, finalmente, que cuando los servicios públicos aconsejaron a la reclamante una nueva valoración

quirúrgica esta abandonó el servicio público y acudió por propia iniciativa a un centro privado, donde fue sometida a una valoración y un tratamiento que el servicio público estaba en disposición de prestarle". Con base en lo expuesto y razonado propone la desestimación de la reclamación formulada.

5. Mediante escritos de 19 de abril de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

6. Con fecha 11 de septiembre de 2011, emite informe médico una asesoría privada a instancia de la entidad aseguradora. Este documento, suscrito colegiadamente por tres especialistas, uno en Cirugía Plástica y Reparadora y en Cirugía de la Mano y Nervios Periféricos, otro en Cirugía General, Traumatológica y Ortopedia y el último en Traumatología y Ortopedia, concluye que en el presente supuesto "la actuación de los diferentes servicios médicos queda ajustada a (la) *lex artis*".

7. Mediante escrito notificado a la reclamante el día 22 de septiembre de 2011, el Jefe del Servicio instructor le comunica la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

8. Previa comparecencia del representante de la interesada en las dependencias administrativas el día 26 de septiembre de 2011, que acredita con el poder general para pleitos que se incorpora al expediente, el día 6 de octubre de 2011 aquella presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifica en los términos expuestos en su reclamación inicial y muestra "expresa oposición al informe técnico de evaluación realizado por este Servicio de Inspección, así como al informe médico de la compañía aseguradora, por no corresponder sus conclusiones a la realidad de los acontecimientos y padecimientos sufridos".

9. Con fecha 26 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “en el caso que nos ocupa la actuación de todos y cada uno de los servicios intervinientes fue correcta y ajustada a la lex artis. Lo fue la del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, porque ante una herida inciso-contusa como la que presentaba la reclamante sin evidencia de afectación tendinosa no cabía otra alternativa terapéutica que la llevada a cabo: cura y sutura de la herida. También lo fue la actitud observada en el seguimiento posterior, cuando de forma tardía surgen las complicaciones propias de la herida cicatricial y una distrofia cuya causa es hoy en día desconocida y no prevenible. En esas circunstancias la actitud expectante del cirujano plástico, recomendando tratamiento conservador a base de rehabilitación, parece también adecuada, como lo es igualmente el tratamiento de rehabilitación seguido por la paciente después de haberse sometido al tratamiento quirúrgico en un centro privado. Se debe resaltar en este punto que cuando los servicios públicos aconsejaron a la reclamante una nueva valoración quirúrgica esta decidió acudir por propia iniciativa a un centro privado, donde fue sometida a una valoración y un tratamiento que el servicio público estaba en disposición de prestarle en las mismas condiciones y con las mismas garantías”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de noviembre de 2011, registrado de entrada el día 29 de ese 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 Sanidad, 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 la interesada activamente legitimada 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". A los efectos ahora considerados, ha de señalarse que la perjudicada comenzó a ser tratada por el servicio público sanitario el día 15 de enero de 2010, fecha en la que se produjo una herida como consecuencia de la rotura de una fregona en su domicilio. En pleno proceso de tratamiento y recuperación, la ahora reclamante decidió de manera voluntaria acudir a un servicio sanitario privado, donde fue objeto de una intervención quirúrgica ambulatoria, retornando al servicio público sanitario al objeto de completar su curación. El Servicio de Rehabilitación, a través de los informes obrantes en el expediente, certifica el alta de la interesada con fecha 16 de julio de 2010, y el Servicio de Cirugía Plástica data el alta por mejoría en el día 25 de agosto de 2010. Así las cosas, tomando en consideración esta última fecha, 25 de agosto de 2010, en la que puede ser fijada la curación y determinación de las secuelas, y teniendo

en cuenta que la reclamación se presentó el día 22 de febrero de 2011, resulta evidente que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente fijado.

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.

Sin embargo, 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 43.3, 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.- La reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de una atención sanitaria que reputa deficiente. En concreto, centra su reproche en la asistencia que le fue facilitada en un centro de salud y, más específicamente, en el Servicio de Urgencias de un hospital público el mismo día en que ocurrió el accidente doméstico que le produjo una

herida en la mano, señalando que “desde el punto de vista clínico se aprecia la existencia de una mala evolución de una herida en la mano derecha, que fue tratada en un principio en el centro de salud y posteriormente en el Servicio de Urgencias (...), y que precisó de una intervención quirúrgica meses más tarde, restándole secuelas (...). Si bien es cierto que clínicamente no se puede asegurar cuál habría sido la evolución del proceso si se hubiera actuado quirúrgicamente en las primeras atenciones dispensadas a la paciente, es (...) cierto que lo esperable de haber actuado así hubiera sido una evolución normal, hacia una curación total a los pocos días. Sin embargo, con esa espera injustificada surgieron complicaciones que pusieron de manifiesto la ineficacia de la asistencia prestada”.

Los daños por los que reclama la perjudicada, y sobre los que realiza la correspondiente evaluación económica, son los correspondientes al periodo de invalidez temporal (152 días) y a las secuelas funcionales y estéticas que, a su juicio, no son sino consecuencia directa de la mala praxis denunciada en las primeras asistencias recibidas.

La realidad de la herida sufrida y su tratamiento, así como las secuelas que para la reclamante -en forma de limitaciones funcionales y perjuicios estéticos- puedan resultar, han sido debidamente acreditados, y, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, cabe presumir que ha sufrido un daño que reúne los elementos necesarios para legitimar el ejercicio de la acción de reclamación de responsabilidad patrimonial.

Probada la existencia de unos daños reales, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración en relación con el supuesto objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que 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 un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica y sanitaria 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 la 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. Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de este a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Pese a que le incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realiza, la reclamante no solamente no ha desarrollado actividad probatoria alguna en relación con el nexo causal, sino que hace descansar la propia formulación de la reclamación en una mera suposición o deseo cuando afirma que "si bien es cierto que clínicamente no se puede asegurar cuál habría sido la evolución del proceso si se hubiera actuado quirúrgicamente en las primeras atenciones dispensadas" es "cierto que lo esperable de haber actuado así hubiera sido una evolución normal, hacia una curación total a los pocos días". En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada sobre

la base de la documentación que obra en el expediente, la cual no ha sido discutida por la misma en el trámite de vista y audiencia del expediente más allá del empleo de una fórmula retórica.

El argumento fundamental sobre el que la reclamante trata de fijar el nexo causal entre la asistencia recibida y las negativas consecuencias para su salud, y sobre el que justifica su pretensión indemnizatoria, no es otro que la asistencia que le fue prestada en el Servicio de Urgencias, que “tomó la decisión de actuar sin recurrir a un servicio especializado en Cirugía Plástica”. Esta afirmación de la interesada en orden a que la decisión correcta hubiera sido que los Servicios de Urgencias actuaron de un modo contrario a como lo hicieron no se apoya en ningún tipo de documento pericial que avale su procedencia y ha sido totalmente desautorizada tanto por el informe técnico de evaluación como por el emitido por los especialistas, informes que no han sido cuestionados por ningún juicio de autoridad en el trámite de alegaciones.

Así, en el informe técnico de evaluación se señala, respecto a estas primeras actuaciones, que “la reclamante fue atendida de urgencia en su centro de salud, donde, ante la duda de afectación tendinosa, con buen criterio, se la remitió al Servicio de Urgencias (...). Valorada ese mismo día en el Servicio de Urgencias hospitalario, fue diagnosticada de herida inciso-contusa en la palma de la mano derecha sin lesión tendinosa asociada, procediéndose según las pautas de actuación que deben observarse en las lesiones de estas características (exploración minuciosa, limpieza exhaustiva de la herida y cierre de la misma) y que, salvo complicaciones, no requieren la actuación de otros servicios especializados para su resolución”. De manera igualmente rotunda, en orden a la corrección del actuar de los Servicios de Urgencias, se manifiesta el informe elaborado por los especialistas al indicar que “el diagnóstico realizado en Urgencias -herida inciso-contusa sin afectación de estructuras tendinosas- no varía con los datos de que disponemos. El tratamiento adecuado para este tipo de heridas es el realizado, consistente en cura de la herida y sutura de la misma”. Más adelante, este mismo informe, ante la aparición de complicaciones en la evolución posterior, subraya que “todas las complicaciones de la paciente son tardías y no aparecen en el momento de la urgencia. El médico de Urgencias no hubiera podido realizar nada para evitarlas”. Por ello, la primera

de las conclusiones de este informe es clara, la paciente "sufrió una herida inciso-contusa en la palma con exposición tendinosa. No se apreciaron lesiones tendinosas. Se adoptó la actitud correcta: cura y sutura de la herida. No hay alternativas a este tratamiento".

Es más, incluso en el proceso posterior que siguió la evolución de la lesión de la perjudicada, y en el que fueron apareciendo complicaciones, la actuación que le fue prestada por parte del servicio público sanitario se adecuó en todo momento a la *lex artis ad hoc*. Así lo afirma el informe técnico de evaluación al indicar que "parece también correcta la actuación del Servicio de Cirugía Plástica de abstenerse de cualquier gesto quirúrgico, pues la paciente presentaba en ese momento un cuadro algodistrófico que podría comprometer el resultado de la cirugía", añadiendo a continuación que en tales condiciones, "cuando los servicios públicos aconsejaron a la reclamante una nueva valoración quirúrgica, esta abandonó el servicio público y acudió por propia iniciativa a un centro privado, donde fue sometida a una valoración y un tratamiento que el servicio público estaba en disposición de prestarle". Redundando en lo anterior, el informe pericial de la compañía aseguradora, en referencia expresa a la actuación del Servicio de Cirugía Plástica cuando examinó en un primer momento a la interesada, sostiene que no "hubiera sido correcto realizar en ese momento una tenolisis", ya que "actualmente se aconseja un mínimo de tres meses desde el traumatismo inicial para realizar un procedimiento de este tipo. El (...) que se sigue es por tanto correcto (muchos cirujanos, los más, recomiendan esperar incluso 6 meses). Muchas veces los pacientes mejoran solo con la rehabilitación".

Así las cosas, consideramos que un proceso como el presente, en el que a lo largo del tratamiento y recuperación de una lesión, y sin que el mismo haya finalizado, la paciente renuncia en un momento concreto a seguir recibiendo la atención que el servicio público sanitario le venía dispensando de manera acorde hasta entonces con la *lex artis ad hoc*, y estaba en condiciones de seguir prestándole, constituye una decisión voluntaria y, obedezca esta a la comprensible impaciencia que provoca en la paciente la situación o a la desconfianza en la atención recibida, razones todas ellas subjetivas, no cabe concluir en modo alguno responsabilidad del servicio público sanitario en el que

la reclamante recaló finalmente, tras la intervención de la sanidad privada, para completar su curación.

En consecuencia, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del presente procedimiento no ha quedado demostrada, a juicio de este Consejo, una mala práctica médica del servicio público sanitario, por lo que no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, toda vez que la asistencia prestada por el servicio público sanitario a la reclamante fue adecuada a la situación que en cada momento manifestaba, lo que nos impide apreciar la concurrencia de nexo causal entre las secuelas que presenta y el funcionamiento del servicio público sanitario y nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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.