

Expediente Núm. 15/2012  
Dictamen Núm. 131/2012

**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 3 de mayo 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 25 de enero de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 24 de febrero de 2011, la perjudicada presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños atribuidos al “incorrecto funcionamiento” del mismo.

Expone que “desde el año 2008” padecía “fuertes dolores” en el “miembro superior derecho, vértigos y parestesias” que le hacían imposible desarrollar su trabajo “como auxiliar administrativo” y las “actividades

corrientes de una persona normal”, por lo que “en numerosas ocasiones” acudió a los servicios médicos del Principado de Asturias, que le diagnosticaron “vértigos, contracturas cervicales y cervicalgia”, recetándole “antiinflamatorios y Myolastan”, sin que “mejorase, ni tuviese alivio de los dolores”. En el mes de diciembre de 2009, ante “la agravación de los dolores y la parestesia”, solicitó a su “médico de cabecera” que la remitiera “a los correspondientes especialistas”, limitándose el facultativo a darle la “baja laboral y seguir con el tratamiento de siempre”, negándose a “realizar ninguna prueba médica”. Dada la situación, decidió acudir a un centro privado donde, “después de diversas pruebas”, se le diagnosticó “síndrome del opérculo torácico”, siendo operada en dicho centro el día 25 de febrero de 2010. Afirma que la decisión de su médico de cabecera de no “derivarla al especialista correspondiente” le ha ocasionado una serie de gastos. Además, considera que el citado médico “le dio de alta prematuramente” -en junio de 2010-, de manera que la reincorporación al trabajo le provocó una “recaída” y como consecuencia el ser “despedida” de la empresa en la que trabajaba. Añade que en el parte de baja se considera que “no es una recaída”, dándole de alta definitiva el día 23 de agosto por “mejoría le permite trabajar”, a pesar de los “fuertes dolores y parestesis” que sufría. Añade que “el Sepsa reconoce que en fecha 13 de septiembre no estaba en condiciones de trabajar y seguía en esas condiciones en fecha 26 de noviembre”.

Reclama por los daños y perjuicios sufridos una indemnización en cuantía de ciento dos mil ochocientos noventa y dos euros con noventa y ocho céntimos (102.892,98 €) por los siguientes conceptos: gastos médicos 7.481,50 €; intereses devengados hasta el día de la presentación de la reclamación, 411,48 €; daños morales, 25.000 €, y pérdida del trabajo, 70.000 €.

Solicita, entre otras cuestiones, que se incorpore al expediente su historia clínica completa y que se faciliten los datos de la compañía aseguradora del Servicio de Salud de Principado de Asturias durante el año 2010.

Adjunta copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Traumatología de un centro hospitalario privado, en el que consta

tras la realización de una serie de pruebas “nos quedamos con el diagnóstico de costilla cervical derecha”, por lo que proponen como tratamiento “operarse” y si no quiere “seguir con fisioterapia” y tratamiento farmacológico. b) Siete informes del cirujano que llevó a cabo la intervención, correspondientes al periodo comprendido entre el 26 de febrero y el 16 de septiembre de 2010. c) Informe de la Unidad de Fisioterapia de un centro de Atención Primaria, de fecha 26 de noviembre de 2010. d) Solicitud de interconsulta, de fecha 15 de diciembre de 2010. e) Diversas facturas del centro sanitario donde fue intervenida -quirófano, pruebas-. f) Cinco facturas de una clínica privada, en concepto de rehabilitación, por los días comprendidos entre 6 y el 31 de agosto de 2010. g) Varios partes médicos de altas y bajas por incapacidad temporal por contingencias comunes. h) Escrito en el que manifiesta su disconformidad con el alta médica de fecha 23 de agosto de 2010. i) Resolución del Consejero de Salud y Servicios Sanitarios, de fecha 27 de agosto de 2010, por la que se desestima la reclamación previa contra la citada alta médica. j) Informe de la Tesorería General de la Seguridad Social en el que se detalla como fecha de alta en la empresa en la que trabajaba la paciente “20-08-2008” y como fecha de baja “10-09-2010”.

**2.** Mediante oficio de 7 de marzo de 2011, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) una copia de la reclamación formulada.

**3.** El día 10 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio instructor notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el 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.

**4.** Con fecha 14 de marzo de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV una copia de la

historia clínica de la reclamante, así como un informe del facultativo de Atención Primaria que le prestó asistencia sanitaria y de la Unidad de Fisioterapia.

**5.** El día 7 de abril de 2011, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia “completa de la historia clínica e informe actualizado facilitado” por un Médico de Familia del centro de salud, así como el informe de la Unidad de Fisioterapia.

En el informe del Médico de Familia, de fecha 1 de abril de 2011, consta que se le ha asignado la paciente “a su cupo en fecha reciente”, por lo que para cualquier aclaración sobre los hechos que se reclaman, entiende que han de plantearse al “médico responsable en aquellos momentos”, al que identifica.

El informe emitido, el día 29 de marzo de 2011, por la Unidad de Fisioterapia del centro de salud detalla que en abril de 2009 se diagnostica a la paciente “contractura dorsal”, por lo que es tratada durante 10 sesiones; en diciembre de ese mismo año, el diagnóstico es “raquialgia cervicodorsal”, aplicándosele “nuevamente diez sesiones”, siendo en ambos casos “la mejoría (...) discreta”. Continúa señalando que posteriormente “fue vista por su traumatólogo, que recomienda la intervención quirúrgica”. Nuevamente es remitida por “síndrome cervicobraquial”, iniciando “tratamiento en octubre de 2010”; tras “dos meses de tratamiento se decide finalizar el mismo dándole el alta”. Detalla el informe que su cirujano le aconseja “seguir con la fisioterapia” y añade que su “Médico de Familia, visto el informe del especialista” la remite a dicha Unidad, iniciando el tratamiento “el 16 de diciembre de 2010. Tras “dos meses y medio se da por finalizado” el mismo, afirmando que “no se ha conseguido la mejoría completa del hombro, persistiendo algún síntoma de dolor cervical”.

**6.** Con fecha 11 de agosto de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Inspección Médica del Área Sanitaria IV un informe sobre “los procesos de

incapacidad laboral” de la reclamante, “el diagnóstico” de los mismos, la “causa del alta”, si hubo “procesos acumulados de IT”, si se “anuló algún proceso de IT”, si hubo “propuestas de alta, intenciones de alta o altas por facultativos” del Instituto Nacional de la Seguridad Social y si la “aseguradora presentó reclamación en relación a las altas emitidas”.

El informe emitido al respecto detalla los cuatro procesos de incapacidad temporal de la reclamante comprendidos entre el 21 de abril de 2009 -baja- y el 23 de agosto de 2010 -alta-, siendo los diagnósticos “vértigo”, “contractura cervical”, “cervicalgia” y “síndrome cervicobraquial”. Precisa que los procesos de “IT de fechas 22 de diciembre de 2009 y 7 de julio de 2010 fueron acumulados”, que “no se ha anulado ningún proceso de IT”, que no se produjeron “propuestas de alta, intenciones de alta ni altas por facultativos” del Instituto Nacional de la Seguridad Social y, finalmente, que la “aseguradora presentó una reclamación contra el alta médica de fecha 28 de agosto de 2010”.

**7.** El día 19 de agosto de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y procede a su valoración, indicando que la actuación médica dispensada a la paciente “se ajustó a la *lex artis ad hoc*” y concluye que la reclamación presentada debe ser desestimada.

**8.** Mediante escritos de 30 de agosto de 2011, el Jefe del Servicio instructor 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.

**9.** Con fecha 3 de octubre de 2011, una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, emite un informe suscrito colegiadamente por tres especialistas, dos de ellos en Traumatología y Cirugía Ortopédica y el tercero en Traumatología y Ortopedia. En él señalan que en “mayo de 2007” la paciente

acude al Servicio de Urgencias de su centro de salud al presentar por "primera vez" un "cuadro de contractura cervical" siendo prescrito "correctamente" un "tratamiento sintomático"; hasta octubre de ese mismo año no solicita nueva asistencia en el Servicio de Urgencias y, ante la "presencia de contractura paravertebral cervical", se instaura el tratamiento -medidas físicas y medicamentoso- "habitual en la práctica traumatológica". A las tres semanas acude a dicho Servicio de Urgencias por "persistencia del cuadro de cervicalgia", se le prescribe nuevamente "tratamiento sintomático" y se le indica que acuda a "control por su MAP", que mantiene el tratamiento prescrito. Manifiesta que transcurridas dos semanas "sin mejoría sensible" se "solicita estudio radiográfico" y que tras la revisión de los resultados "no vuelve a solicitar asistencia por dolor cervical hasta agosto de 2008". Desde dicha fecha solicita asistencia a su "MAP en varias ocasiones, unas veces por migraña, otras por dorsalgia y alguna por cervicalgia", en todas ellas se "prescribe tratamiento sintomático adecuado a la sintomatología" que presentaba. En noviembre de 2008 nuevamente es asistida por "cuadro de cervicalgia", se le prescribe "tratamiento sintomático" y no requiere asistencia por dicha patología hasta agosto de 2009, momento en el que se "instaura tratamiento sintomático" y, ante la persistencia del cuadro, es "enviada a rehabilitación en octubre de 2009", si bien se "suspende la rehabilitación por aumento de dolor", indicando la paciente a "su MAP que se encuentra en estudio" en un centro privado, sosteniendo los especialistas que "esta" es la "razón" por la que, "lógicamente, el médico no" deriva a la paciente "al especialista del Sepsa". Durante los meses de diciembre de 2009 y enero de 2010 le realizan en el centro privado al que acude "estudios clínicos radiográficos, electromiográficos y de RNM", pero a pesar de que los resultados "no reúnen parámetros suficientes para establecer un diagnóstico de síndrome de opérculo torácico" es intervenida en dicho centro el día 25 de marzo de 2010. Destaca que en los hallazgos de dicha intervención "solo encuentran la raíz C7 ligeramente comprimida por los vasos cervicales trasversos profundos", lo que "no justifica la intensa sintomatología dolorosa aquejada por la paciente", y que en las revisiones posteriores

-diciembre de 2010 y abril de 2011- "continúa aquejando cervicalgia", por lo que afirman que la cirugía "no ha solucionado" la situación.

**10.** El día 28 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio instructor comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Esta comparece en las dependencias administrativas el día 31 del mismo mes y se le hace entrega de una copia de aquel.

Con fecha 16 de noviembre de 2011, la perjudicada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reitera en "lo manifestado anteriormente" y afirma que "el mismo médico de Atención Primaria admite y corrobora el diagnóstico" de la clínica privada a través de las "bajas correspondientes a partir de 11-01-10". Sostiene que el "causante de la mala praxis médica en que se fundamenta la reclamación" es el médico de Atención Primaria, que durante "tres años" no la derivó al "especialista en Traumatología que con una radiografía y una resonancia magnética hubiese podido efectuar el diagnóstico". Indica que la mejoría tras la intervención "está confirmada por el propio Sespa", no comprendiendo que se cuestione el diagnóstico de la clínica privada. Acompaña a su escrito un nuevo informe, de fecha 4 de noviembre de 2011, emitido por el cirujano que llevó a cabo la intervención.

**11.** El día 9 de enero de 2012, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, considerando acreditado que la paciente "fue estrechamente seguida por (el) facultativo de Atención Primaria", el cual "tenía constancia de que (...) acudía a la medicina privada", constando en la historia clínica el "tratamiento que hacía privadamente", concluyendo que, dado que en este supuesto el tratamiento podía "ser conservador o quirúrgico", entiende que la atención prestada a la reclamante "ha sido correcta y conforme a la lex artis, sin discontinuidades ni vacíos asistenciales".

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de enero de 2012, registrado de entrada el día 30 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 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". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 24 de febrero de 2011 y, según informa el Inspector de Prestaciones del Área de Inspección Médica de Oviedo, la fecha de la última alta de incapacidad temporal directamente relacionada con la patología que venía padeciendo la interesada es del 23 de agosto de 2010, 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 audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, en cuanto al informe del servicio responsable, apreciamos que se ha incorporado al procedimiento el de la Unidad de Fisioterapia, pero falta el informe de la asistencia prestada a la reclamante por el servicio de Atención Primaria, a cuya actuación achaca esta la presunta lesión indemnizable. A pesar de que, con carácter general, esto obligaría a la retroacción del procedimiento al objeto de incorporar el informe de dicho facultativo, con base en el principio constitucional de eficacia y teniendo en

cuenta los datos obrantes en la historia clínica y los informes recabados en el curso de la instrucción, entendemos que tal retroacción no es necesaria, pues resulta razonable suponer que, de incorporarse el informe del médico de cabecera al que la reclamante reprocha su actuación, el sentido final de nuestro dictamen no variaría.

Asimismo, 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, que imputa a la deficiente atención sanitaria por parte de su médico de Atención Primaria.

Los daños por los que reclama la perjudicada, y sobre los que realiza la correspondiente evaluación económica, son los gastos derivados de la asistencia sanitaria recibida en una clínica privada y que se corresponden con los “gastos y pruebas médicas de diagnóstico” y los “gastos de operación y quirófano”, así como por los “daños morales” y por la “pérdida del trabajo”.

Por lo que a la efectividad del daño alegado se refiere, no quedan acreditados los daños morales ni tampoco las circunstancias de la pérdida de su puesto de trabajo. Sí constan facturas emitidas por la asistencia privada recibida por la intervención quirúrgica, la estancia hospitalaria, la realización de distintas pruebas médicas, el sometimiento a tratamientos rehabilitadores y los distintos periodos de incapacidad temporal, por lo que debemos considerar que

la reclamante ha probado la existencia de un daño efectivo cuya evaluación más precisa realizaremos, en su caso, si concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y evaluable económicamente, 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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 opera no solo 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 necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la 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.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

La perjudicada realiza, en esencia, dos imputaciones al servicio público: una incorrecta actuación por parte de su médico de Atención Primaria y la indebida, por prematura, alta médica producida con fecha 14 de mayo de 2010.

Reprocha al servicio público sanitario, en primer término, una deficiente valoración de sus dolencias, que concreta en el hecho de que su médico de cabecera desde el año 2008 "no evaluó correctamente" la situación que presentaba -fuertes dolores en el brazo derecho, vértigos, parestesias- y, en consecuencia, la no derivación "a los especialistas", lo que supuso, ante el "agravamiento en su estado de salud", que acudiera a un centro privado, en el que, después de "diversas pruebas", se le diagnosticó "síndrome del opérculo torácico derecho por megaapófisis transversa", del que fue operada en dicho centro el día 25 de febrero de 2010. Basa sus afirmaciones y reproches en los informes emitidos por el cirujano que realizó la intervención, especialmente en el fechado el 4 de noviembre de 2011, en el que al detallar las condiciones que determinaron la intervención quirúrgica cita la existencia de "una costilla

cervical tipo I (megaapófisis transversa)" y las molestias "cervicobraquiales" que desde hacía "3 años" padecía la paciente.

Respecto a las consideraciones anteriores, hemos de señalar que, según consta en la historia clínica el 31 de mayo de año 2007, la paciente es atendida de urgencia en su centro de salud, por primera vez, de una "contractura muscular" -cervicalgia-, por lo que se le pauta un tratamiento "sintomático", lo que, según señala el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora, es correcto. Hasta meses después -5 de octubre- no acude a urgencias de su centro de salud presentando nuevamente "cervicalgia" y "contractura muscular de trapecios", señalando el informe de los especialistas que no existe "ningún otro signo o síntoma acompañante de origen neurológico, arterial o venoso que haga sospechar la existencia de un síndrome del opérculo torácico", por lo que se "instaura nuevamente tratamiento mediante medidas físicas y tratamiento medicamentoso sintomático", tal y como "es habitual en la práctica traumatológica".

Según consta en la historia clínica, "sigue con contractura y cervicalgia" -el 30 de noviembre de 2007-, por lo que su médico de cabecera pide radiografía "del tronco" y una analítica. Si bien la paciente acudió posteriormente a los servicios sanitarios por sus padecimientos de depresión, migrañas y jaquecas, hasta el día 24 de agosto de 2008 no presenta dolor cervical, que, según consta en la historia clínica, refiere sufrir "desde ayer", lo que implica, como expone el informe de los especialistas, que "estuvo asintomática" durante "ocho meses"; hecho que consideran "justifica la no derivación de la paciente a ningún servicio especializado, ni la ampliación de las pruebas diagnósticas".

Aunque la enferma acude en septiembre y en octubre al centro de salud, no presenta de nuevo contractura cervical hasta el día 23 de noviembre de 2008, constando en la historia clínica que se le pauta "calor seco + Aine oral + R. muscular + P. gástrico" debiendo de acudir a consulta de "su MAP", siendo "TA 11/75. Neuro: normal", afirmando al respecto el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora que se le realiza "exploración neurovascular",

resultando, “una vez más, normal”, por lo que se prescribe “tratamiento sintomático con buenos resultados”, ya que no acude por dicho cuadro hasta meses después -22 de agosto de 2009-, si bien durante ese periodo en seis ocasiones fue tratada por contractura dorsal, vértigo, migraña/jaqueca.

En esa fecha presenta de nuevo contractura muscular, tratada mediante tratamiento sintomático, momento en el que su médico de cabecera la deriva a fisioterapia de Atención Primaria. Dado que el día 24 de noviembre de 2009, tras acudir al fisioterapeuta, se encuentra peor, se decide, según consta en la historia clínica, “no fisioterapia en unos días” y se le pauta un tratamiento.

Con fecha 23 de diciembre se detalla en la historia clínica la existencia de un “nuevo episodio de contractura muscular” y que la paciente refiere a su médico de Atención Primaria que “la próxima semana le van a realizar una RM y una EMG” en un centro privado, hecho este que, según se indica en el informe técnico de evaluación, “condicionaría que su MAP (...) no la derivara” a un “especialista del Sespa”, lo que corroboran los especialistas en su informe, siendo intervenida -por “síndrome de escaleno”- en dicho centro privado el día 25 de febrero de 2010.

De todo ello se deriva un puntual seguimiento de sus dolencias por su médico de Atención Primaria y, ante su agravamiento, la opción voluntariamente elegida por la reclamante de acudir a la sanidad privada. No queda acreditado, por tanto, el rechazo a la realización de pruebas médicas por parte de la atención sanitaria pública, como la reclamante imputa en su escrito.

Adicionalmente, cabe observar que ni siquiera la asistencia sanitaria, intervención quirúrgica incluida, de los especialistas de la clínica privada ha mejorado el curso causal de la patología de la paciente, por lo que la evolución de esta difícilmente sería imputable al servicio público de salud.

En efecto, en primer lugar, no queda indubitadamente contrastado en el expediente el diagnóstico de la reclamante. Así, tras los estudios de imagen realizados en la clínica privada, el informe del propio Servicio de Traumatología de dicho centro, de fecha 5 de enero de 2010, afirma que “las exploraciones (son) normales en la RMN y en la EMG” y concluye, en unos términos dudosos,

que “nos quedamos con el diagnóstico de costilla cervical derecha”. Las mismas dudas se plantean en el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora al considerar que “el cuadro clínico y las pruebas complementarias no reúnen parámetros suficientes para establecer un diagnóstico de síndrome de opérculo torácico” -síntomatología neurológica, arterial o venosa-.

Es más, continúan incluso después de efectuar la intervención quirúrgica, pese a que la reclamante basa parte de sus alegaciones en un informe complementario del cirujano privado en el que se afirma que “en la intervención se encuentran hallazgos objetivos suficientes para justificar las molestias” que padece la interesada, pues a dichas aseveraciones se contraponen el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora, en el que de manera concluyente se señala que “la raíz C7 ligeramente comprimida” no justifica “la intensa sintomatología dolorosa aquejada por la paciente”, de manera que tanto los “hallazgos intraoperatorios” como su “posterior evolución” hacen aumentar las dudas sobre el diagnóstico citado. Así, en el informe de la Unidad de Fisioterapia del centro de salud de fecha 29 de marzo de 2011 consta que la paciente reinicia el tratamiento el “16 de diciembre de 2010” y que tras “dos meses y medio se da por finalizado”, concluyendo que “no se ha conseguido la mejoría completa del hombro, persistiendo algún síntoma de dolor cervical”. Por su parte, los tres especialistas señalan en su informe que “la cirugía no ha solucionado” la cervicalgia, por lo que se reafirman en la convicción de que “el cuadro inicial” no se había “originado por la existencia” del citado síndrome, que “nunca estuvo demostrado”; al contrario, consideran que es “muy posible” que tenga “su origen en trastornos posturales” que son frecuentes en “trabajadores administrativos”, agravado en este supuesto por “el cuadro depresivo de la paciente y sus frecuentes cefaleas y migrañas”.

Por otro lado, aun asumiendo como hipótesis la existencia del síndrome citado, el informe elaborado por el especialista privado al que acudió la paciente propone que “debe de operarse”, pero que si “no quiere” tendría que “seguir con fisioterapia y tomar Atriscal”, alternativas que no se contradicen con lo pautado por los profesionales de la sanidad pública, que hasta ese momento



optaron por una de las vías citadas. Así lo indica el informe técnico de evaluación cuando afirma que puede acudir al "tratamiento conservador con fisioterapia y fármacos y recurrir a la cirugía cuando los síntomas no desaparezcan o aparezcan complicaciones".

Finalmente, debe considerarse que es el servicio público de salud quien realiza un seguimiento paralelo a la paciente y donde se reinicia el tratamiento de fisioterapia en octubre de 2010 "por síndrome cervicobraquial", demostrando la limitada efectividad de la intervención quirúrgica a la que fue sometida el 25 de febrero de ese mismo año.

En segundo lugar, la reclamante también imputa a la Administración, en concreto a su médico de Atención Primaria, que le diera "el alta prematuramente" tras la intervención quirúrgica, de manera que "en junio de 2010 volvió a trabajar" y ello le ocasionó, según afirma, "la recaída" de sus dolencias y, como consecuencia, el hecho de que "fuese despedida" de la empresa en la que trabajaba. Considera que la decisión de darle el alta fue tomada "incluso contra el criterio" del cirujano que llevó a cabo la operación. Tal imputación se ve contradicha por la documentación que obra incorporada al expediente, pues un informe del citado cirujano, de fecha 27 de abril de 2010, aportado por la propia interesada, tras detallar la evolución y pautar que continúe con ejercicios durante 15 días, indica que "al incorporarse al trabajo, (debe) evitar coger pesos y mejorar la ergonomía del puesto de trabajo"; recomendaciones que no había efectuado dicho médico en la revisión de 23 de marzo de 2010, por lo que cabe entender que aquellas solo adquieren sentido considerando la inminencia de su reincorporación a las obligaciones laborales. En el mismo sentido se pronuncia el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora, en el que, en referencia a las citadas recomendaciones, se afirma que "solo es interpretable como que la paciente puede comenzar a trabajar tras completar los ejercicios en 15 días". Todo ello sin mencionar la falta de acreditación de la relación de causalidad entre el daño alegado relativo a la finalización de su contrato y la tachada de prematura alta médica. De hecho, consta en el expediente que la reclamante tenía dificultades laborales mucho

antes del alta laboral a la que asocia su despido de la empresa. En efecto, en la historia clínica, en las anotaciones correspondientes a los días 7 de mayo de 2003 -si bien aún no estaba vinculada a la empresa de la que fue despedida- se detalla "sde. ansiedad, sde. depresivo ansioso en relación con problemas laborales" y en la del 21 de abril de 2009 consta "ansiedad muy importante por acoso laboral?".

No queda demostrada, por tanto, ninguna falta de diligencia en el seguimiento realizado a la paciente por el médico de Atención Primaria cuya actuación previa y posterior a la intervención de la sanidad privada ha de entenderse adecuada a la *lex artis ad hoc*, según confirman el informe técnico de evaluación y el informe de la asesoría privada, suscrito de manera colegiada por tres especialistas, quienes concluyen que no encuentran "signos de desidia o abandono en el diagnóstico y seguimiento de la paciente". La documentación que obra en el expediente pone de manifiesto que no hubo error diagnóstico, ya que no queda probado que la paciente padeciera "un síndrome del opérculo torácico derecho", y tampoco se acredita que el tratamiento pautado por los sanitarios públicos -fisioterapia y fármacos- no fuese el correcto atendiendo a los síntomas que presentaba; es más, el tratamiento conservador se contemplaba como opción por el especialista privado al que acudió la interesada. Por el contrario, queda confirmado que tras la intervención quirúrgica a la que se sometió no se solucionaron completamente sus problemas del hombro derecho.

Teniendo en cuenta lo anterior no puede sino concluirse que la demanda de atención sanitaria privada fue una opción libremente elegida por la reclamante, quien, por ello, ha de asumir las consecuencias económicas que de ella se derivan, lo que nos impide apreciar el nexo causal con los daños por los que se reclama 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.