

Expediente Núm. 39/2012
Dictamen Núm. 150/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
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 24 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 27 de febrero 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 sanitaria prestada en diversos hospitales públicos.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de marzo de 2011, la interesada presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por lo que considera una defectuosa asistencia prestada en diferentes centros sanitarios públicos.

Expone que el día 9 de junio de 2007 acudió a su médico de Atención Primaria por un problema en los dedos “(3º, 4º y 5º de la mano derecha) en resorte de inicio”, pautándosele cortisona, y que el día 22 de junio el citado

facultativo le aprecia "una clínica compatible con varios dedos en resorte de la mano derecha", por lo que la remite de forma "urgente al Servicio de Traumatología del Hospital "X"". El día 16 de julio de 2007, en el citado Servicio, al referir "clínica similar en la mano izquierda en tres dedos", se "la pone en lista de espera" y se le realiza un tratamiento rehabilitador "sin mejoría", siendo atendida el día 19 de octubre de 2007 en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" "por aumento de dolor y rigidez de dedos desde tres meses antes", con impresión diagnóstica de "bloqueo por adherencias, 2ª a tenosinovitis, indicándose valoración tratamiento quirúrgico".

El día 26 de octubre de 2007, en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y" se la interviene de urgencia, con diagnóstico de "3º, 4º y 5º dedos en resorte + síndrome de túnel carpiano derecho"; es dada de alta el 29 de octubre, realizando tratamiento rehabilitador y siendo posteriormente explorada por el Servicio de Traumatología del Hospital "X" el día 14 de diciembre de 2007, donde "se le pauta Calcitonina".

Refiere que el día 11 de marzo de 2008 es vista por un facultativo al que identifica, "quien no estima conveniente que realice un tratamiento rehabilitador tras la mala respuesta del llevado a cabo con anterioridad".

El día 24 de junio acude al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y", que "entiende que se trata de una paciente psiquiátrica", dada "la escasa respuesta a los distintos tratamientos".

El 19 de septiembre de 2008 es revisada nuevamente por el citado Servicio descartándose "el posible origen psicológico de la flexión de los dedos", y se le propone que "sea explorada" la mano bajo "anestesia axilar", rechazando la realización de una "férula dinámica", por lo que continúa combinando "el ferulaje de la mano con la rehabilitación". Posteriormente, es atendida por el Servicio de Urgencias del Hospital "X" a causa del "dolor intenso, tras intervención de algodistrofia de la mano con la rehabilitación".

El día 27 de septiembre de 2008 acude al Servicio de Rehabilitación del Hospital "Y" y se le mantiene la pauta de "inmovilización y tratamiento

rehabilitador". El 8 de octubre es vista por el Servicio de Traumatología del Hospital "X", que constata "la existencia de una gran rigidez en la flexión de los dedos 3º, 4º y 5º, y se le retira de forma inmediata la férula, insistiendo en una rehabilitación muy activa", siendo dada de alta el día 3 de marzo de 2009 por el Servicio de Rehabilitación del Hospital "X" por entender "que no existe mejoría alguna".

Continúa relatando que el día 7 de octubre de 2009 "es intervenida quirúrgicamente" en el Servicio de Traumatología del Hospital "Z" por "contractura fuerte de 3º, 4º y 5º dedos de la mano derecha", siendo dada de alta el día 16 de octubre y revisada en dicho centro el día 9 de febrero de 2010, "tras 11 semanas de tratamiento rehabilitador y ortesis". De nuevo es intervenida el 28 de septiembre de 2010 por "contractura digital de la mano derecha", siendo dada de alta el 30 de septiembre, recomendando el Servicio de Cirugía de la Mano de dicho centro hospitalario "tratamiento rehabilitador y terapia ocupacional". Afirma que en "la actualidad" tiene "la mano derecha muy deforme, hinchada y con marcada actitud en flexo del 3º, 4º y 5º dedos", con "cicatrices visibles de 18 centímetros y dos de 6 centímetros en la palma de la mano derecha". Añade que es una "mano muy afuncional", pues "no realiza puño ni pinza con 3º, 4º y 5º dedos".

La interesada considera que "hubo una demora muy importante en la realización" de la intervención quirúrgica, que, a su juicio, se llevó a cabo con un retraso de "más de tres meses" desde que el Servicio de Traumatología del Hospital "X" "decidió" el "tratamiento quirúrgico".

Solicita una indemnización que cuantifica en ciento diez mil quinientos noventa y seis euros con cuatro céntimos (110.596,04 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 16 días de incapacidad con hospitalización, 1.056 €; 1.247 días sin hospitalización, 66.914,02 €; 17 puntos de secuelas funcionales, 15.660,40 €; 12 puntos de secuelas estéticas, 9.352,92 €, e incapacidad permanente parcial en grado grave, 17.612,70 €.

Al escrito de reclamación acompaña un informe de una especialista privada en Valoración Médica del Daño Corporal.

2. Mediante escrito de 22 de marzo de 2011, la Secretaria General del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios los "informes" enviados por el Hospital "X".

El informe del Servicio de Traumatología del Hospital "X", de fecha 14 de diciembre de 2007, detalla que la paciente acude el día 4 de julio de 2007 a consultas ambulatorias de Traumatología refiriendo "clínica de dedo en resorte en 3º dedo mano derecha y ocasionalmente en 5º dedo", así como "molestias en dedos de mano izquierda pero sin bloqueo", y que es enviada a consultas externas del hospital, donde acude el día 20 de julio de 2007 "presentando los mismos síntomas (...), siendo apuntada en lista de espera quirúrgica". El día 25 de octubre siguiente acude a Secretaría de Traumatología para "informarse de la fecha de intervención, presentando clínica de bloqueo doloroso de movilidad en 3º, 4º y 5º dedos de mano derecha", con afectación de "articulaciones interfalángicas proximal y distal", indicando que "parece (...) secundaria a inmovilización prolongada y dolor", siendo la "exploración neurológica normal". Se remite a "Cirugía Plástica para valoración urgente" y es intervenida "realizando liberación de canal carpiano y vainas de flexores de 3º, 4º y 5º dedos", aconsejando "tratamiento rehabilitador urgente".

El informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital "X" (sin firma) está datado el día 19 de marzo de 2008 y en él se reseña que la paciente recibe tratamiento de fisioterapia desde el "08-11-07 hasta el 15-02-08", añadiendo que al "no experimentar mejoría se procedió al alta". Finalmente, detalla la flexión y la extensión de los dedos, según la exploración realizada el día 18 de marzo de 2008.

3. Con fecha 6 de abril de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante 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.

4. Mediante oficio de 30 de marzo de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de Atención Especializada del Área Sanitaria IV y VIII una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe de los Servicios de Cirugía Plástica y de Rehabilitación, en el primer caso, y de los de Traumatología y de Rehabilitación, en el segundo. Igualmente, solicita a la Gerencia del Hospital "Z" una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio de Traumatología.

5. Con fecha 8 de abril de 2011, la Directora de Gestión del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la perjudicada y señala que ya fueron remitidos los informes de los Servicios de Rehabilitación y de Traumatología.

6. El día 11 de abril 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 perjudicada. Mediante escrito de 14 de abril de 2011, le traslada el informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación emitido el 25 de septiembre de 2008, en el que consta como diagnóstico principal "retracción palmar mano derecha de etiología desconocida", siendo el tratamiento de "férula palmar pasiva".

7. Con fecha 11 de mayo de 2011, la Directora de Gestión del Hospital "X" remite al Servicio instructor, nuevamente, los informes de los Servicios de Rehabilitación y de Traumatología.

El informe del Servicio de Rehabilitación, de fecha 25 de abril de 2011, completa el de 19 de marzo de 2008, indicando que se inicia de nuevo "fisioterapia con fecha 15-10-08 hasta el 2-3-09, donde se procede al alta por no mejoría y se remite a Cirugía Plástica para valoración".

El informe del Servicio de Traumatología, de fecha 9 de mayo de 2011, añade, respecto al emitido por el mismo facultativo el 14 de diciembre de 2007, que en la anotación clínica correspondiente al día 20 de julio de 2007 consta que "se explican posibles complicaciones", añadiendo, con relación al día 25 de octubre de 2007, que la paciente "refiere haber realizado curso de soldadura de marzo a julio, con aparición de 3º dedo mano derecha en resorte y dolor en 4º y 5º dedos".

8. El día 7 de junio de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite al Servicio instructor un informe del Responsable del Servicio de Cirugía Plástica de fecha 20 de mayo de 2011. En él consta que la paciente ingresa de urgencia el día 25 de octubre de 2007 derivada del Hospital "X" por presentar "un cuadro de incapacidad para la movilidad activa de 3º, 4º y 5º dedos de la mano derecha sin traumatismo previo y de 6 meses de evolución". Ante la exploración -incapacidad para la extensión de los dedos, parestesias-, de "urgencia y bajo anestesia axilar", se realizó, "tras diagnóstico de dedos en resorte y síndrome de túnel carpiano", la apertura "de las poleas A1 de 3º a 5º dedos y apertura del ligamento anular del carpo", recomendándosele al alta "ejercicio de flexión activa y pasiva" y pedir "consulta urgente en Rehabilitación" de su hospital de referencia. Añade que dada "la mala evolución" es "reintervenida" el día 28 de agosto de 2008, realizándole una "artrolysis cerrada (...) sobre un cuadro de sospecha de algodistrofia de la mano derecha", y que en la valoración del informe psiquiátrico "no se encuentra ningún cuadro que justifique el proceso", por lo que la paciente "es enviada de acuerdo con ella a una Unidad de Cirugía de la Mano en Madrid".

9. Mediante escrito de 27 de junio de 2011, la Directora Gerente del Hospital "Z", de Madrid, remite al Servicio instructor la historia clínica de la paciente y el informe médico de fecha 17 de junio de 2011. En este último se detalla que el día 20 de julio de 2009 se constata en la paciente "una contractura severa e irreductible de las articulaciones metacarpofalángicas de los dedos 3º y 5º de 90º de flexión, con interfalángicas proximales a 30º, igualmente irreductibles", programándose para el día 7 de octubre de 2009 una "cirugía de liberación de partes blandas"; tras describir los hallazgos, se indica que la paciente sigue un "proceso de rehabilitación posoperatoria que se prolonga durante varios meses" y se acompaña con "ortesis postural", afirmando que en la revisión realizada el día 3 de mayo de 2010 "se constata una pérdida de lo conseguido inicialmente", por lo que, dada la "progresión de la contractura de los dedos, se reinterviene el 28 de septiembre de 2010". Se reinicia nuevamente la rehabilitación y "se constata ausencia de mejoría, desestimando la realización de nuevas intervenciones". Se atiende a la paciente por última vez el día 30 de marzo de 2011 y se concluye como juicio diagnóstico "contractura palmar de tejidos blandos y articulares secundaria a cirugía de liberación de dedos en gatillo de la mano derecha".

10. Con fecha 1 de julio de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos y proceder a su valoración, se afirma que la paciente "fue correctamente diagnosticada de 3º dedo en resorte" y tratada de "forma conservadora por su médico de familia", aunque sin experimentar "ninguna mejoría", ante lo cual, "con buen criterio", fue derivada al "Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de referencia", que confirmó el diagnóstico con "dolor en 4º y 5º sin resorte" y propuso una intervención quirúrgica, "explicando a la reclamante en qué consistía" e "informándola de los posibles riesgos de la misma", siendo incluida en lista de espera. Al cabo de tres meses acude a Traumatología para "interesarse por la posible fecha de la

intervención”, siendo vista por el traumatólogo de guardia al presentar “bloqueo doloroso de la movilidad en 3º, 4º y 5º dedos”, por lo que la remitió “al Servicio de Cirugía Plástica” del Hospital “Y” con “diagnostico de 3º, 4º y 5º dedos en resorte y síndrome del túnel carpiano”. Tras otorgar su consentimiento, fue “operada de urgencia”.

Concluye que “la conducta de los profesionales que han intervenido (...) ha sido correcta (...). Las graves secuelas que actualmente presenta la reclamante constituyen la materialización de los efectos indeseables o riesgos típicos del tratamiento quirúrgico al que fue sometida, pudiendo verse favorecidos por factores intrínsecos a la propia usuaria, imposibles de prever y evitar, y no están en relación causal con una supuesta demora en el tratamiento”.

11. Mediante escritos de 20 de julio 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.

12. Con fecha 28 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite al Servicio instructor un oficio de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en el que se solicita la remisión del expediente administrativo. Con fecha 11 de noviembre de 2011 se remite al Servicio Jurídico la copia solicitada.

13. El día 13 de octubre de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas, uno de ellos en Cirugía Plástica y dos en Traumatología y Ortopedia. En él consideran que la paciente es remitida con “un grado leve (1)” en el momento de ser derivada por el médico de cabecera al traumatólogo -el 22 de junio de 2007-, y que el 4 de

julio se "aprecia un dedo en resorte en 3º (grado II) y en 5º dedo"; el 20 de julio de 2007 se observa "un 3º dedo en resorte en mano derecha (grado II o III), con dolor en 4º y 5º dedos (pero no bloqueos, grado I)", siendo remitida para "operar urgente en cuanto se conoce la situación de rigidez", estando la paciente en ese momento -25 de octubre de 2007- "con un grado IV". Señalan que la situación general de un "dedo en gatillo es la estabilización en un grado durante algún tiempo de varios meses antes de pasar al siguiente grado" y que la "disminución de la actividad, de trabajos manuales pesados, simplemente puede mejorar la situación", afirmando que la "actitud de los servicios médicos es correcta".

14. Mediante escrito de 22 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios 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.

15. Transcurrido el trámite de audiencia sin haberse formulado alegaciones, con fecha 9 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que la paciente "fue correctamente diagnosticada y tratada" inicialmente de "forma conservadora por su médico de familia", siendo "adecuada" también la intervención quirúrgica que se llevó a cabo cuando posteriormente se "objetivó un bloqueo doloroso de la movilidad", a pesar de que desembocara en una "distrofia simpático-refleja" que una nueva intervención no consiguió mejorar, como tampoco lo consiguieron "las dos nuevas operaciones" realizadas en "una unidad especializada en Cirugía de la Mano de Madrid".

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de febrero de 2012, registrado de entrada el día 8 del mes siguiente, 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 11 de marzo de 2011, y la primera intervención quirúrgica, a la que la interesada atribuye una demora en el tratamiento adecuado, tuvo lugar el día 26 de octubre de 2007, lo cual nos llevaría a concluir que la reclamación ha sido formulada fuera de plazo. No obstante, comprobamos que con posterioridad ha sido intervenida en tres ocasiones -el día 28 de agosto de 2008 (extensión forzada de los dedos), el 7 de octubre de 2009 (liberación de partes blandas) y el 28 de septiembre de 2010 (tenotomía, capsulotomías, injertos)-, por lo que, con independencia del momento en que se determine el alcance de las secuelas definitivas, hemos de entender que se ha ejercido el derecho a reclamar 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.

Ahora bien, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 intervención quirúrgica tardía de la dolencia que padecía inicialmente en su mano derecha, lo que a su vez generó la necesidad de llevar a cabo diversas reintervenciones, siendo el resultado “una mano afuncional”.

Los daños por los que reclama la perjudicada, y sobre los que realiza la correspondiente evaluación económica, son los correspondientes a “los días de

incapacidad” -con y sin hospitalización- y las “secuelas” -funcionales y estéticas- que la han llevado a su situación de “incapacidad permanente parcial en grado grave”.

Por lo que a la efectividad del daño alegado se refiere, las intervenciones quirúrgicas, las estancias hospitalarias y las secuelas se encuentran acreditadas en el expediente, 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 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 reprocha al servicio público sanitario "una demora muy importante en la realización del tratamiento adecuado". Considera que desde el comienzo de la patología -9 de junio de 2007- "la evolución fue muy refractaria al tratamiento indicado y pautado por su médico de Atención Primaria"; por ello, dicho facultativo, de "forma urgente, solicitó consulta al Servicio de Traumatología", que "decidió el tratamiento quirúrgico", si bien no se realizó hasta "tres meses después", lo que provocó que se agravara "de forma

considerable tanto el dolor como la capacidad funcional” y una “marcada retracción, es decir, la tenosinovitis”, de manera que una vez que fue “vista por el Servicio de Urgencias el 25 de octubre de 2007” fue derivada “urgentemente al Servicio de Cirugía Plástica” del Hospital “Y”, “que decide la intervención quirúrgica en el mismo día”. Imputa a dicho retraso la “agravación progresiva”, la evolución “hacia un síndrome adherencial grave (3º fase de síndrome algodistrófico) y las consiguientes secuelas”, todo ello con apoyo, según la reclamante, en el informe de una especialista privada en Valoración del Daño Corporal de fecha 12 de enero de 2011, que aporta.

Pese a que la reclamante basa sus alegaciones en el citado informe, dicho especialista, tras detallar la evolución de la paciente, tan solo afirma que “hubo una demora muy importante en la realización” de la intervención quirúrgica de “más de 3 meses”, sin concretar en qué momento debería haber sido intervenida inicialmente, si se realizó o no la intervención adecuada y si el diagnóstico fue o no correcto, de modo que la apreciación de la perito privada en nada se contradice con lo manifestado por los profesionales de la sanidad pública. Si bien es cierto que en julio de 2007 en las anotaciones de la historia clínica correspondientes al día 4 consta “dedo resorte mano derecha 3º y ocasionalmente 5º”, y que en la referente al día 20 se detalla “3º dedo mano derecha en resorte. Dolor también en 4º y 5º dedos” y se pauta intervención quirúrgica de la mano derecha, añadiendo que “se explican posibles complicaciones”, y que la primera intervención se llevó a cabo el día 26 de octubre del mismo año, hemos de señalar que en el informe del Servicio de Traumatología del Hospital “X”, después de detallar cronológicamente las citadas consultas médicas -julio-, no es hasta el día 25 de octubre cuando se anota que “refiere aumento del dolor y limitación de movilidad de 3º, 4º y 5º dedos”; por tanto, no consta que desde julio hasta octubre del año 2007 la paciente acudiera a consulta. Así lo corrobora el informe técnico de evaluación al señalar que “la paciente fue incluida en lista de espera quirúrgica” -20 de julio- y que al “cabo de tres meses (...) acudió de nuevo a Traumatología”, lo

que se confirma en el informe de la asesoría privada al afirmar que entre julio y octubre de 2007 “no existe ninguna consulta intermedia”, subrayando los tres especialistas de manera colegiada que de “ninguna forma los médicos pueden conocer la situación de contractura severa que la paciente presentaba desde hacía varios meses si (esta) no lo comunica a los servicios médicos”.

El informe técnico de evaluación refleja que fue “correctamente diagnosticada” y “tratada de forma conservadora por su médico de familia” y que, no obstante, ante la ausencia de mejoría fue derivada al Servicio de Traumatología, el cual tras confirmar el diagnóstico y ante “lo ineficaz del tratamiento” propone llevar a cabo una intervención quirúrgica. En dicho informe se afirma que, a pesar de que se “empleó una técnica quirúrgica depurada”, la evolución fue “insatisfactoria”, no logrando obtener los resultados esperados incluso tras las intervenciones a las que fue sometida posteriormente en una “unidad especializada en Cirugía de la Mano, de Madrid”, concluyendo que la conducta de los profesionales que “han intervenido en la asistencia” a la paciente “ha sido correcta, acomodando su actuación a los criterios definitorios de una buena praxis médica” y empleando los “medios que la clínica y las circunstancias de la paciente” requerían en cada momento. Dicha conclusión es asumida en el informe emitido por la asesoría privada, en el que además se precisa que la paciente “fue diagnosticada” inicialmente en un “grado leve”, por lo que no tenía que ser intervenida de “forma urgente”, que cuando presenta “un grado leve o moderado de dedo en gatillo” es puesta en lista de espera y cuando, “después” de tres meses, los servicios médicos “conocen la presencia de una contractura severa” -grado IV- “se interviene de forma urgente” a través de una “técnica” -apertura de la polea proximal- que “se ha realizado correctamente”.

Por último, respecto a las secuelas que la interesada imputa al retraso en la intervención quirúrgica, a diferencia de lo afirmado por ella, el informe técnico de evaluación aclara que “no son consecuencia de una demora de tres meses”, ya que para dicho tipo de lesiones el Servicio de Cirugía Plástica

“maneja demoras superiores”, y concluye que las secuelas “constituyen la materialización de los efectos indeseables o riesgos típicos del tratamiento quirúrgico al que fue sometida, pudiendo verse favorecidos por factores intrínsecos a la propia usuaria, imposibles de prever y evitar”. En el mismo sentido, en el informe de la asesoría privada se señala que la “contractura en flexión de dedos con tres meses de evolución puede ser tratada quirúrgicamente”, aunque es “algo más complejo porque puede precisar más pasos quirúrgicos”, añadiendo que “raramente” va a “producir una mano en flexión de las características que se han producido” sin “la combinación de un cuadro de algodistrofia”, de la que se desconoce, según el estado actual de la ciencia, “su causa”, concluyendo los especialistas en dicho informe que, “sin duda”, la citada complicación que sufrió la paciente es el “origen de la alta incapacidad” de su mano. Esta afirmación resulta compartida por el informe aportado por la propia interesada, en el que expresamente consta que la “distrofia simpático refleja” es “una enfermedad compleja cuyas causas se desconocen y que puede tener consecuencias graves”.

En definitiva, ninguna prueba se aporta sobre la supuesta demora en el tratamiento quirúrgico recibido, ni sobre el posible nexo causal con los daños y secuelas a que se refiere la reclamante, y, con los informes técnicos obrantes en el expediente, consideramos acreditado que los diagnósticos se ajustaron a la sintomatología que presentaba en cada momento y que se le dispensaron los tratamientos adecuados en función de la evolución de su patología, sin que se haya acreditado en modo alguno que las secuelas relacionadas guarden relación con una demora en el tratamiento quirúrgico dispensado, sino más bien con la tórpida evolución de la lesión padecida y con la aparición de una complicación grave de origen desconocido.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y,

en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.