

Expediente Núm. 224/2012
Dictamen Núm. 273/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de octubre de 2012, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de agosto de 2012, 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 prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de julio de 2011, un letrado presenta, en nombre y representación del interesado, en el registro de un hospital perteneciente a la red pública autonómica un escrito en virtud del cual interpone reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del error de diagnóstico que, a su juicio, ha padecido en dicho centro.

Tras hacer referencia a que la presente supone reiteración de una reclamación "previa de fecha 21 de febrero de 2011", relata que el día 24 de diciembre de 2010 acudió al Servicio de Urgencias hospitalarias "por herida a nivel de 2º y 3º dedo de mano izquierda", sin que el "facultativo de turno" aprecie "la existencia de una rotura del tendón del dedo índice, posteriormente diagnosticada en otro centro médico", lo que ha supuesto, dice, que no se le hayan aplicado "las medidas que para este caso hubieran sido necesarias en aras a una correcta curación". Señala que ello le ha ocasionado "graves secuelas", así como diversos "gastos", "pendientes aún de cuantificación".

Acompaña su escrito de copia del modelo cubierto de "hoja exposición paciente y/o familiares", presentado el 21 de enero de 2011 en el Servicio de Atención al Usuario del mismo hospital, en el que una familiar del paciente expone que tras la atención recibida el día 24 de diciembre de 2010, este regresó a Urgencias el 3 de enero de 2011 "porque observa que no mueve el dedo", confirmándole entonces que "lo tiene roto y le mandan a Urgencias de Oviedo". Afirma que en consulta con el cirujano plástico dos días después, este le comunica que "urge operar pronto porque ya ha pasado mucho tiempo y para esta lesión es muy importante" una pronta intervención. "Ante lo importante de la pérdida de movilidad del dedo índice y el silencio por no saber" por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias, prosigue, "decidimos por nuestra cuenta" el 12 de enero de 2011 "hacer por lo privado la operación". Concluye solicitando "explicación médica" de lo ocurrido, "devolución de todos los gastos" afrontados "y los futuros que vendrán", y "posible indemnización en función de la posible movilidad que hubiera perdido por la pérdida de tiempo que hemos tenido que soportar".

Igualmente, adjunta la respuesta remitida tres semanas después desde el centro hospitalario, en la que se le comunica que "la doctora que prestó asistencia" al enfermo "el citado día, tras la exploración pertinente, no apreció lesión tendinosa, en ese momento, y así lo hace constar en la historia clínica". En relación a la solicitud de devolución de los gastos realizados, se le informa que

“la forma más adecuada sería encauzarlo a través de” una “petición de reintegro de gastos”, pudiendo recabar asesoramiento al efecto en el Servicio de Atención al Usuario.

2. Con fecha 12 de julio de 2011, el Director Médico del hospital remite al Servicio instructor “copia de la documentación clínica del perjudicado referida al caso reclamado”, envió al que se añade, el día 21 de julio de 2011, el del informe clínico emitido por el Servicio de Urgencias del hospital.

3. Mediante escrito de 23 de agosto de 2011, notificado el día 29 del mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al representante la fecha de recepción de su escrito, solicitándole que proceda a aclarar si desea tramitar su solicitud como un reintegro de los gastos ocasionados con motivo de la asistencia recibida en la medicina privada, o si se trata de una reclamación de responsabilidad patrimonial.

Igualmente, se le concede un plazo de diez días a fin de acreditar la representación que dice ostentarse.

4. Con fecha 9 de septiembre de 2011, el representante del reclamante presenta escrito en el que manifiesta la intención de este de ejercer la acción de reclamación de responsabilidad patrimonial derivada del error de diagnóstico, que motivó el recurso a la sanidad privada, solicitándose igualmente el reintegro de los gastos derivados de tal decisión.

Cuantifica la indemnización solicitada en catorce mil ochenta y dos euros con cincuenta y cinco céntimos (14.082,55 €), de los que 11.832,86 € corresponden al tiempo invertido en su curación y las secuelas derivadas, y 2.249,69 € al reintegro de los gastos generados por el recurso a la sanidad privada. Adjunta poder para pleitos conferido notarialmente por el interesado en favor del representante actuante, así como facturas correspondientes a la asistencia médica prestada.

Igualmente, aporta un informe pericial emitido el 3 de septiembre de 2011 por un especialista en valoración del daño corporal en el que se concluye que "el proceso" puede considerarse "estabilizado", cifrándose el tiempo de curación en "158 días" y concediéndose una puntuación de "dos puntos por secuelas físicas" -consistentes en "limitación de movilidad art. IFP" y "limitación de movilidad art. IFD"- y "dos puntos por perjuicio estético".

5. Con fecha 15 de septiembre de 2011, el Jefe del Servicio instructor comunica al representante la fecha de entrada de la solicitud 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.

6. Con fecha 4 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del segundo hospital en que fue atendido el paciente (y al que es remitido desde el primero, al que imputa el error de diagnóstico), remite copia íntegra de la historia clínica.

El día 13 del mismo mes, se envía informe emitido por el Servicio de Urgencias del centro, al que sigue el día 24 de octubre el suscrito por el responsable del Servicio de Cirugía Plástica.

7. Con fecha 11 de noviembre de 2011, la Directora Médica del hospital al que se imputa la negligencia remite copia de la historia clínica, así como informe emitido por el Jefe de la Unidad de Urgencias del hospital.

8. Con fecha 30 de noviembre de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Propone la desestimación de la reclamación, pues considera que la actuación en ambos hospitales fue acorde a la *lex artis*: en el caso del primero, emitiéndose "diagnóstico con las exploraciones indicadas en estos casos", y, en el segundo,

adoptando el día 3 de enero "actitud expectante, difiriendo la cirugía y pautando tratamiento antibiótico, analgésico e inmovilización", si bien dos días después se indicó "la cirugía con carácter urgente".

Por otra parte, y en lo concerniente a la solicitud de reintegro de gastos, subraya que el paciente decidió "de forma voluntaria y unilateral", acudir a la sanidad privada sin esperar a ser intervenido en la red pública, pese a haber sido incluido en lista de espera quirúrgica "con carácter de urgencia". Considera, por tanto, que no se cumplen los requisitos establecidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización a efectos de solicitar el reembolso de gastos.

9. Con fecha 7 de marzo de 2012, tres especialistas de una asesoría médica (en Cirugía Plástica y Reparadora, en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, y en Traumatología y Ortopedia, respectivamente), emiten, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa), dictamen médico legal sobre el presente supuesto. En él, tras efectuar diversas consideraciones médicas, alcanzan las siguientes conclusiones: "Las lesiones de la zona 4 son, a veces, de difícil diagnóstico, debido a la estructura tendinosa en esta localización, que facilita las lesiones parciales, y la presencia, con frecuencia, de movilidad normal del dedo. No son infrecuentes", añade, "las roturas tardías, debido a su estructura fina y aplanada, sin olvidar que este paciente presentó una infección, que pudo ser origen más que probable de la misma (...). El médico en urgencias realizó una exploración completa, que incluyó la movilidad y la visualización directa del tendón (...). El diagnóstico se puede diferir, en ocasiones, hasta que se observa la típica deformidad en Boutonniere. La literatura médica confirma esta posibilidad (...). El paciente fue tratado en tiempo y forma adecuados, no quedando secuelas al alta de movilidad, relacionables con un posible retardo diagnóstico (...). La actuación de los diferentes servicios médicos queda ajustada a la *lex artis*".

10. El día 2 de mayo de 2012 se comunica al representante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 11 de mayo de 2012, el representante comparece y toma vista del expediente, transcurriendo el plazo sin la presentación de alegaciones.

11. Con fecha 25 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, en la que, reiterando los argumentos expresados en el ITE, concluye que la actuación de ambos hospitales fue acorde a la *lex artis*.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 9 de agosto de 2012, registrado de entrada el día 16 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, adjuntando original al efecto.

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

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

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

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 7 de julio de 2011, por lo que, habiéndose producido el alegado error diagnóstico con ocasión de la atención médica dispensada el 24 de diciembre de 2010, es claro que la reclamación se ha formulado dentro del plazo de un año legalmente establecido.

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 informes 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.

SIXTA.- El reclamante solicita la indemnización de los daños sufridos como consecuencia de la demora en el diagnóstico de una lesión tendinosa, así como el reintegro de los gastos ocasionados por el tratamiento de la misma en un centro privado.

En primer lugar, y en cuanto a la pretensión de reembolso de los gastos médicos, hemos de señalar que en diversos dictámenes anteriores (entre ellos, los Núms. 36/2011 y 280/2011) ya analizamos la distinción entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en los casos que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Respecto al citado reembolso, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, determina, en su artículo 4.3, las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos sanitarios ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que el mismo solo resulta procedente en "casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital" y "una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción".

En este caso, el interesado ha manifestado de forma expresa su voluntad de ejercer la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, declinando efectuar la petición de reembolso de gastos a través del procedimiento específico previsto para ello, pues entiende que "ambas solicitudes traen causa del mismo hecho" (el "error diagnóstico" y "la consiguiente falta de prestación de los medios terapéuticos adecuados"), por el que se vio "abocado a tener que acudir inmediatamente a la sanidad privada".

Hemos de señalar que la asistencia privada no se produce en el contexto de una amenaza vital urgente que no pudiera ser resuelta por la sanidad pública. No obstante, nada obsta al planteamiento de una responsabilidad patrimonial comprensiva, además del daño causado por la demora en el diagnóstico, del importe de los gastos sanitarios en que se haya incurrido a consecuencia de la misma, si bien dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole. Consecuentemente, habrá que analizar si nos hallamos ante un daño real, efectivo, evaluable económicamente y antijurídico -en definitiva, un daño que el perjudicado no tenga la obligación de soportar-, y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Por lo que a la efectividad de aquel daño se refiere, a la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada tanto la primera asistencia prestada al lesionado por heridas en dos dedos de la mano izquierda,

como que días después se le detecta "sección tendón extensor 2º dedo" de la misma. Igualmente se halla probado que el paciente fue intervenido por dicha dolencia en una clínica privada, aportando la factura correspondiente al importe de esa asistencia -si bien las restantes facturas correspondientes al concepto "rehabi" (*sic*) seguidos en otro centro, también privado, no detallan la rehabilitación a la que corresponde el servicio prestado-.

Ahora bien, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos 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 aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público y que son antijurídicos.

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 concretos. 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 en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

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*.

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

Sin embargo, el informe pericial aportado por el interesado se limita a constatar los hechos, que la Administración sanitaria no niega, consistentes en que el diagnóstico de la sección del tendón extensor del dedo del paciente se produjo en una segunda visita al Servicio de Urgencias, sin que fuera detectada con ocasión de la primera asistencia prestada. En cambio, no precisa qué incidencia puede haber tenido la pretendida demora en la curación del lesionado, pues únicamente consigna la existencia de un perjuicio estético (cicatriz) y funcional (secuelas físicas identificadas con limitación de movilidad en la articulación), cuya existencia rebate el dictamen médico elaborado por tres especialistas a instancia de la compañía aseguradora del Sepsa, quienes resaltan no comprender "la valoración que realiza el perito", pues "la cicatriz hubiera sido la misma" en caso de haber existido, y haberse detectado, la lesión "el primer día", y, además, porque "obviamente el periodo de baja y la rehabilitación son consecuencia de la lesión, y no del retardo".

Ello no es una cuestión menor, pues como ya hemos tenido ocasión de afirmar, la mera existencia de error o retraso en el diagnóstico no comportaría, en sí misma, responsabilidad si no se demuestra que causó un daño, al orientar

la atención médica hacia una prestación sanitaria lesiva para la salud del paciente.

Frente a la falta de pronunciamiento sobre el alcance del error de que adolece el informe pericial aportado por la parte, debemos tener en cuenta, en primer lugar, que la doctora que le atiende refleja en el informe de alta que “en herida de 2º dedo se visualiza tendón que está íntegro”. El informe emitido durante el procedimiento por el Jefe de la Unidad de Urgencias del mismo hospital subraya que “la médica que atendió al paciente se preocupó, específicamente, de comprobar la integridad tendinosa de los dedos afectados”, descartando en ese momento la lesión. Cabe entonces advertir sobre la posibilidad de que en ese momento inicial (el 24 de diciembre de 2010) la sección no se hubiera producido efectivamente, y al respecto el análisis efectuado por el dictamen pericial aportado por la Administración señala que “es posible que” en el momento en que se recibe la primera atención, el tendón se encontrara “debilitado, o bien, la sección, en cualquier caso parcial, estuviera fuera de la zona de visión, debido a la movilidad habitual del tendón en esta zona (en torno a medio centímetro)”. Por ello, se apunta “la posibilidad de que el tendón estuviera íntegro, inicialmente, lo que no es descartable”, pues “no son infrecuentes las roturas tardías, debido a su estructura fina y aplanada, sin olvidar que este paciente presentó una infección” en la herida, “que pudo ser” el origen más probable” de la sección. El Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante coincide en que no puede excluirse la infección ocurrida en este caso, “complicación relativamente frecuente de las heridas”, como origen de la rotura tendinosa.

A la vista de lo anterior, no resulta acreditado de forma indubitada que en la primera asistencia prestada el tendón estuviera afectado, siendo posible médicamente que la rotura sobreviniera con posterioridad. En cualquier caso, de acuerdo con el criterio que hemos expuesto, ha de concluirse, tal y como sostiene el ITE, que las pruebas diagnósticas empleadas fueron las adecuadas, llevándose a cabo tanto “inspección ocular con el objeto de apreciar la integridad

tendinosa y la exploración de la movilidad de los dedos afectados” a fin de “constatar la funcionalidad de los mismos”, conservada en ese momento tanto en lo que se refiere a la extensión como a la flexión. El ya mencionado dictamen incide, por otra parte, en la dificultad diagnóstica que presenta este tipo de lesión (detallando que “la pérdida de extensión activa puede suplirse parcialmente por la musculatura intrínseca de la mano”), lo que aconseja “repetir la exploración del paciente algunos días después”.

Nada opone a estas consideraciones el reclamante, quien no presenta alegaciones durante el trámite de audiencia, y a aquellas ha de añadirse que, aun en caso de haberse probado la existencia de un retraso diagnóstico (por estar presente ya la lesión el día 24 de diciembre), y obviando que en el presente supuesto se han empleado los medios adecuados y pertinentes, criterio de referencia ya expresado, encontramos que la falta de acreditación de pérdida de oportunidad en el tratamiento impediría alcanzar una convicción en sentido estimatorio. En efecto, el ya mencionado informe pericial aportado por la Administración afirma que no quedan “secuelas al alta de movilidad relacionables con un posible retardo diagnóstico”, precisando que las posibles existentes son “frecuentes”, “independientemente del momento diagnóstico”, lo que atribuye a que el corto recorrido del “tendón extensor en esta zona” (“de tan solo 5 mm para realizar la totalidad del movimiento de la interfalángica distal”) provoca que “la tensión de la sutura en la reparación, las adherencias cicatriciales, o la posibilidad de elongación (de tan solo 1 mm) puedan producir limitaciones de movilidad grandes de hasta 20-30º”. En suma, indican que “si se hubiera operado el primer día, hubiera precisado un tratamiento similar, inclusive una aguja de inmovilización”, y que “la rehabilitación y curas hubieran sido las mismas”.

Pero, además de que con carácter general también se refleje que “es crítico, en la evolución de un Boutonniere, el tratamiento en un estadio temprano sin rigidez de la interfalángica proximal”, en el presente caso, tal y como informa el Responsable del Servicio de Cirugía Plástica, al que es derivado

el paciente, este sufría en el momento de ser atendido por segunda vez (esto es, el 3 de enero de 2011) "celulitis perilesional hasta tercio medio de dorso de mano que contraindica reparación del tendón en ese momento", remitiéndose no obstante a consulta "para realizar reparación diferida del tendón una vez que mejore la infección de la herida", por lo que dos días después, una vez constatada la favorable evolución de la afección, "es puesto en lista de espera urgente para realizar la reparación tendinosa". Existe, por tanto, un elemento que condicionaba la posibilidad de la operación en la fase inicial de la lesión (la infección de la herida), llevándose a cabo la intervención finalmente, según los datos disponibles, una semana después (el día 12 de enero). En el formulario de solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica suscrito (al igual que el correspondiente consentimiento informado) el día 5 de enero, consta la enfática anotación "muy urgente!!" y una "prioridad" inferior a treinta días. Analizando los elementos de juicio presentes, no hallamos ningún dato que justifique que el margen existente entre la fecha en que decidió operarse el paciente y el límite determinado por el carácter "muy urgente" de la intervención, tres semanas, sea cualitativamente relevante a efectos de obligar al paciente a recurrir a la sanidad privada, sin esperar a ser llamado. Al respecto, ha de tenerse en cuenta, además, que el Jefe del Servicio de Cirugía Plástica indica que existe una "nota adjunta en el preingreso con fecha 13 de enero de 2011 en el cual al enfermo se le da de baja en la lista de espera quirúrgica por haber sido intervenido en un centro privado", lo que lleva al ITE a señalar que "al tramitar el preingreso con fecha 13 de enero de 2011, se comprueba que al paciente se le dio de baja en lista de espera al haber acudido a operarse". De ello se desprende, a falta de otros indicios, la previsible inminencia de la operación en el hospital público, que hubiera tenido lugar en fecha nada alejada de la elegida por el paciente en la sanidad privada. Ello lleva al Inspector de Prestaciones Sanitarias a afirmar -sin oposición, de nuevo, por parte del reclamante- que "antes de que dicha asistencia pudiera ser prestada, el paciente, de forma voluntaria y unilateral, decidió solicitarla en otro centro".

En definitiva, ha de concluirse que en el supuesto analizado no se observa infracción de la *lex artis ad hoc* en la actuación de los profesionales intervinientes, sin que se haya acreditado la existencia de error de diagnóstico o pérdida de oportunidad en el tratamiento a él asociada.

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 #reclamante#.”

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.