

Expediente Núm. 311/2013
Dictamen Núm. 263/2013

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 27 de noviembre de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 16 de septiembre de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 25 de enero de 2013, un letrado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la misma, por daños que atribuye a la asistencia sanitaria que se dispensó a su representado en un hospital público, con ocasión de una fractura de escafoides.

El reclamante refiere que el día 15 de noviembre de 2007, su representado sufre una caída en el trabajo "mancándose en la mano izquierda"; acude al centro de salud, ordenando el médico de cabecera una radiografía de urgencia en el Hospital "X" que fue informada como "correcto alineamiento óseo sin imágenes que sugieran fractura", por lo que se le da de alta y se le coloca una férula metálica.

Ante la persistencia de la sintomatología, "y pese a aguantar lo más que pudo un par de meses dado que había sido 'alta'", vuelve al centro de salud "donde es aconsejado ingresar por urgencias inmediatamente, lo que hace el 4 de febrero del 2008, siendo diagnosticado tras (...) la caída de dos meses antes de fractura transversa de escafoides izquierdo, ahora sí, e inmovilizada (...). Pasa a situación de IT (...) desde el día siguiente".

Relata el proceso asistencial posterior que incluye tratamiento rehabilitador, diagnóstico, en octubre de 2009, de necrosis avascular de escafoides secundario a fractura, intervención quirúrgica en enero de 2010 por pseudoartrosis de escafoides carpiano izquierdo, con escafoidectomía completa y artrodesis parcial, nueva intervención el día 10 de enero de 2011 con realización de artrodesis total de muñeca y posterior rehabilitación con discreta mejoría hasta el día 31 de marzo de 2011, así como retirada de placa el día 6 de marzo de 2012.

Refiere que "por Sentencia del Juzgado de lo Social N.º 6 de Oviedo del 3 de octubre del 2012 es declarado en situación de incapacidad permanente total para su trabajo de albañil, debido a la rigidez completa de muñeca izquierda derivada del traumatismo, con todo lo que ello conlleva (...) que le tiene contraindicada cualquier actividad de fuerza con dicha mano".

Afirma que la relación de causalidad entre el daño y el mal funcionamiento del servicio público "es clara: el radiólogo (...) por la (radiografía) del 15 de noviembre de 2007 (...) no detectó -no la practicó correctamente o no la interpretó debidamente- la fractura existente por la caída del día 15 (error diagnóstico), por lo que no pudo ser dicha fractura tratada debidamente por el

médico de cabecera ese mismo día, retrasándose su correcto diagnóstico más de dos meses, hasta el 4 de febrero del 2008, con el consiguiente retraso en el tratamiento debido (yeso, IQ para reducir y fijar...), lo que provocó que cuando se diagnosticara -ya tarde- fuera ya una fractura inveterada desarrollando pseudoartrosis, necrosis avascular y finalmente colapso carpiano, con el efecto secular e invalidante descrito en el expositivo anterior (...). Estado actual (...) que se habría evitado (...), dado que por la joven edad del paciente (28 años) y no ser su mano diestra, era una mano cuyos huesos estaban perfectamente sanos, por lo que de haber sido diagnosticada (...) a tiempo la fractura, y por ende tratada también correctamente, no le habrían quedado secuelas ni invalidez permanente alguna actualmente”.

Por lo que se refiere a la cuantificación del daño, dice que “la estabilización médica se ha producido el 26 de marzo del 2012, fecha del informe del (Hospital `Y´) (Cirugía Plástica) que recoge el estado tras su tercera (intervención quirúrgica) dicho mismo mes” y que “la estabilización legal se ha producido el 3 (de) octubre (de) 2012, por el reconocimiento judicial de la incapacidad permanente para su profesión (albañil), por sentencia dictada ese día por el Juzgado de lo Social” N.º 6 de Oviedo.

Especifica 1.252 días empleados para la estabilización de las lesiones -6 hospitalarios, 556 impeditivos y 690 no impeditivos- de los que “hay que restar 80 días impeditivos que es el periodo estándar del INSS de curación de una fractura de escafoides (...), que no es computable al no derivar (...) de la negligencia, sino de la caída y su fractura directamente”, por lo que el total de días queda en 1.172 y los días impeditivos en 476. Tasa las secuelas en 9 puntos por anquilosis/artrodesis de muñeca en posición funcional y 2 puntos por perjuicio estético ligero, que tras aplicar la fórmula de valores concurrentes es de 9 puntos de perjuicio fisiológico.

Aplicando analógicamente el baremo de tráfico, liquida los daños en 48.445,66 € por días de incapacidad; 8.071,02 € por secuelas, más un

incremento del 10% (807,10 €), y 92.882,35 € por incapacidad permanente total, solicitando una indemnización de 150.206,13 €.

Adjunta: a) Informe radiológico del día 16 de noviembre de 2007 del Hospital "X", relativo a Rx muñeca izquierda "AP y lat no definida" realizada el día 15, en la que se observa "un correcto alineamiento óseo, sin imágenes que sugieran fractura". b) Informe de Urgencias del mismo hospital del día 4 de febrero de 2008 por "dolor muñeca izda. tras caída casual desde hace 2 meses. Conserva fuerza de la muñeca", con diagnóstico de "fractura inveterada sin desplazar escafoides izdo.". Consta exploración física, en la que resulta "no tumefacción./ Dolor en tabaquera anatómica y sobre cara volar del escafoides", realización de radiografía, tratamiento con yeso y recomendaciones. c) Hoja de interconsulta del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica al Servicio de Cirugía Plástica en fecha ilegible, por "pseudoartrosis escafoides izda.", especificando "traumatismo el 15-11-07" y evolución. d) Informe radiológico del mismo hospital, relativo a RM de muñeca izquierda del día 20 de octubre de 2009 en el que figura como impresión diagnóstica "necrosis avascular en escafoides secundario a fractura". e) Dos informes de alta en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y". Uno, del día 1 de febrero de 2010 tras ingreso el día 28 de enero de 2010 para intervención programada por pseudoartrosis de escafoides. Consta realización el día 29 de enero de 2010 de "escafoidectomía completa y artrodesis de cuatro esquinias". El segundo, del día 13 de enero de 2011, tras ingreso el día 10 del mismo mes, para intervención programada por secuela de pseudoartrosis de escafoides, consistente en retirada de placa de spider más una artrodesis total de muñeca con placa, realizada el día 11 de enero. f) Informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital "X" del día 31 de marzo de 2011, por "enfermedad actual:/ El 11 de enero de 2011, se procede a artrodesis de muñeca izquierda". En exploración física consta "rigidez de muñeca secundaria a la artrodesis" y en tratamiento que "el paciente ha realizado tratamiento de Medicina Física y Rehabilitación con discreta mejoría"; que "al alta realiza puño oposición completa. Cicatriz libre./ Balance articular de codo y

hombro conservada" y "contraindicado cualquier ejercicio y actividad de fuerza en mano izquierda". g) Informe de evolución del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y" del día 26 de marzo de 2012, según el cual el día 6 del mismo mes le fue retirada placa por generar molestias a la extensión del primer dedo. Comentan que "la pérdida de movilidad de la muñeca izquierda es completa"; "la pérdida global de fuerza de presión de una mano con respecto a la otra se estima en un 15 a un 20%" y "la pérdida de funcionalidad de la muñeca izquierda con respecto a la derecha es completa con respecto a los movimientos de: flexión dorsal de la mano, flexión palmar de la mano y desviaciones cubital y radial de la mano". h) Informe de Consultas Externas del Servicio de Rehabilitación del Hospital "X" del día 30 de mayo de 2012, relativo a "enfermedad actual: el 11 de enero de 2011, se procede a artrodesis de muñeca izquierda", en los mismos términos que el del día 31 de marzo de 2012, si bien con comentario según el cual "el paciente presenta rigidez de muñeca izquierda tras artrodesis, dolor al apoyo palmar, esto conlleva una pérdida de fuerza en mano izquierda con respecto a la derecha de más de 50%". i) Escrito del perjudicado dirigido al Sepsa, presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 2 de julio de 2012, en el que comunica que "al alta definitiva y estabilización completa de las lesiones y daños derivados les reclamaré responsabilidad patrimonial". j) Oficio del día 16 de julio de 2012 del Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria de la Consejería de Sanidad, en la que se indica que cabe entender que el anterior escrito "no se trata de una solicitud de inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial (...) sino de un simple anuncio o advertencia de presentación en el futuro de la correspondiente reclamación". k) Sentencia del Juzgado de lo Social N.º 6 de Oviedo de 3 de octubre de 2012, por el que se declara al perjudicado afectado de una incapacidad permanente total derivada de enfermedad común, por "limitación funcional muñeca MSI secuela escafoidectomía completa y artrodesis total por pseudoartrosis de escafoides". l) Informe del Centro de Salud del día 27 de noviembre de 2012, según el cual "el día 15 de noviembre de

2007, a las 16:10 horas, atendí al (perjudicado) que me indicó haberse caído (...) a las 13 horas del mismo día, presentando dolor y edema de muñeca izda. Tras ser examinado se le solicita Rx de la muñeca siendo informada, verbalmente en el momento y por informe, por el radiólogo como 'correcto alineamiento óseo, sin imágenes que sugieran fractura', por lo que se le da de alta a la vista de la radiografía, tras colocársele una férula metálica". m) Informe de especialista en Medicina Legal y Forense del día 3 de diciembre de 2012. Entre otras consideraciones médicas señala que "la fractura de escafoides carpiano es la fractura más frecuente de los huesos del carpo (70%) y por ello debe ser sospechada tras un traumatismo con dolor a nivel de tabaquera anatómica, dolor en su cara dorsal o en su tubérculo, o ante la tumefacción postraumática en el margen radial de la muñeca (sobre todo si el traumatismo se produjo con dorsiflexión marcada de la mano y en desviación radial)"; "el algoritmo diagnóstico recomendado indica que son necesarias al menos cuatro proyecciones radiográficas: una doble proyección posteroanterior (...), una proyección lateral estricta (...) y una proyección oblicua en 45º de pronación (...). Con estas proyecciones se pueden diagnosticar el 97% de las fracturas de escafoides. Si a pesar de ello no se aprecian líneas de fractura y persiste la sospecha clínica está recomendado inmovilizar con un yeso antebraquial que incluya el pulgar y repetir el examen radiográfico a las dos semanas (...). Para otros autores incluso estaría indicada la realización de una tomografía computerizada, por tener mayor sensibilidad en el diagnóstico de las fracturas de los huesos carpianos que la radiología simple". Señala que "en el caso en cuestión, el problema no ha sido la elección de un tratamiento u otro, sino el hecho de que se trataba de una fractura no diagnosticada y por ello no tratada hasta que fue demasiado tarde. En el mejor de los casos (fractura no desplazada y estable) al menos habría estado indicado un yeso para inmovilizar". Afirma que "no se manejó adecuadamente al paciente al inicio (algoritmo diagnóstico inadecuado) y ello supuso una clara pérdida de oportunidad que en este hueso en concreto desencadena un gran riesgo". Concluye, entre otros extremos que

“el estudio del caso indica que se produjo mala praxis por gran retraso diagnóstico (algo más de dos meses y medio) y ello supuso pseudoartrosis, necrosis avascular y finalmente colapso carpiano”.

2. Mediante escrito del día 31 de enero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria comunica al 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. Asimismo, le requiere para que proceda a acreditar la representación que alega.

Consta en el expediente escritura de poder para pleitos del día 15 de febrero de 2013 conferido a favor del reclamante por el perjudicado, aportado por el reclamante el día 19 de febrero de 2013 mediante escrito presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias.

3. El 18 de enero de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Subdirección de Información y Subsidios del Instituto Nacional de la Seguridad Social que informe “si el perjudicado ha permanecido en situación de IT por contingencia profesional y, en caso afirmativo, nos faciliten información sobre el proceso o procesos de IT mantenidos por este asegurado desde noviembre de 2007 hasta la actualidad y sobre la mutua obligada a la prestación de IT por este tipo de contingencia” en relación con “lesión como consecuencia de una caída (...) en su puesto de trabajo el día 15 de noviembre de 2007”, por la que solicitó “asistencia sanitaria en los servicios médicos del Sespas”.

El día 26 de febrero de 2013, la Dirección Provincial del INSS certifica que “no consta ni parte de baja, ni parte de accidente de trabajo del asegurado de referencia para la fecha 15-11-2007 (...). A partir de 15-11-2007 constan en nuestra base de datos los siguientes procesos de Incapacidad Temporal” entre el 5 de febrero y el 1 de agosto de 2008 y entre el 17 de septiembre de 2009 y el 19 de julio de 2011, ambos por contingencia común, “asegurados ambos con

esta Entidad". Añade que "desde 8-10-2012 es pensionista de incapacidad permanente total por enfermedad común".

4. El día 5 de febrero de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias II y IV copia de la historia clínica del paciente, así como informe de los servicios implicados en su asistencia, que especifica.

Por oficios de 11 y 21 de febrero de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite copia de la historia clínica que incluye los informes adjuntos a la reclamación e informe del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.

Por providencia del Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria del día 18 de febrero de 2013 se incorpora al procedimiento copia de la historia clínica del paciente en el Hospital "X" e informes emitidos tras el escrito anunciando la reclamación.

Figuran en la historia, entre otros documentos, los ya aportados por el reclamante y los siguientes: a) Listado de episodios en el centro de salud, que comprende el de "dolor mano nc", abierto el día 15 de noviembre de 2007, porque "esta mañana trabajando pisó un tubo y se cayó sobre la mano izda. Ahora le hinchó. EF: mano edematosa con dolor a la movilización". Consta solicitud de radiografía "ósea extremidades". El día 4 de febrero de 2008 se inicia episodio de "fractura escafoides izdo.", con petición de radiografía y solicitud de interconsulta a Traumatología y Cirugía Ortopédica para valoración. Se anota que "en la Rx de hoy se aprecia fractura de escafoides izda. que no aparecía en la previa de noviembre, le inmovilizan con yeso entero" e "informe de Urgencias 4/1/2008) (*sic*) id: Fractura inveterada sin desplazar escafoides izquierdo. Tto: yeso de escafoides. Mover con precaución los dedos". El día 5 de febrero de 2008, se anota "IT fractura escafoides izdo." b) Solicitud de interconsulta al Servicio de Traumatología y C. Ortopédica del día 4 de febrero de 2008, para valoración por "dolor muñeca NC", refiriendo "contusión muñeca izda. hace dos

meses. En la Rx de noviembre no se aprecian FX. Ante la persistencia del dolor a la movilización forzada en abducción en la tabaquera anatómica repetimos la Rx./ Se aprecia línea probable de fisura en escafoides”.

El día 16 de agosto de 2012, un médico refiere la asistencia dispensada al paciente en los mismos términos que lo hizo el día 27 de noviembre de 2012, en informe adjunto a la reclamación.

El día 17 de agosto de 2012, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología refiere que el paciente fue visto por primera vez el día 4 de febrero de 2008: “No consta en la historia clínica que hubiese acudido a las urgencias hospitalarias antes (...). En dicha fecha, fue enviado a Urgencias por su médico de atención primaria en base a diagnóstico radiográfico de probable fisura de escafoides”. Hace constar anamnesis, exploración e impresión diagnóstica, que figuran en el informe de Urgencias adjunto a la reclamación.

El día 20 de febrero de 2013, la Gerente del Área Sanitaria II remite -“según conversación telefónica”- informes de los Servicios de Traumatología, de Rehabilitación, que ya constan en el expediente, y de Urgencias, así como copia de radiografías de 2008 y 2010.

El día 19 de febrero de 2013, el Servicio de Urgencias informa en relación con el paciente que “no consta su asistencia en este Servicio de Urgencias Hospitalarias el 15 de noviembre de 2007”.

La Gerente hace constar en su oficio que “desde el Servicio de Atención al Usuario nos informan que figura en sus registros en fecha 28 de enero de 2011, una ‘petición de placas de mano hechas en el 2007’, efectuada por el paciente” y que “no consta la devolución de dichos estudios”. Se adjunta formulario de “Peticiónes o Solicitudes SAU”, en el que figuran entre otras peticiones formuladas por el paciente, la que se indica, y que se dejan al “paciente en persona” el mismo día.

5. El día 7 de marzo de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a UMIVALE informe “si el perjudicado ha recibido asistencia sanitaria de esa mutua

(...) en el período que media entre el 15 de noviembre de 2007 y el 4 de febrero de 2008, o incluso posteriormente y, en caso afirmativo, se detalle la asistencia prestada”.

El día 14 de marzo de 2013, el Coordinador de Servicios y Prestaciones de la citada mutua informa que “este trabajador nunca ha recibido asistencia sanitaria de esta mutua (...), ni tampoco nos consta que haya sufrido accidente de trabajo alguno estando asociado con nosotros”.

6. El día 21 de marzo de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria II que “a la vista de la reclamación” emitan informe sobre el caso el doctor que asistió al reclamante el 15 de noviembre de 2007, en horario de Atención Continuada, y su médico de familia.

Añade las siguientes cuestiones a plantear al primero de los facultativos: “¿Si al término de la consulta informó al paciente que tras el período de inmovilización y en caso de persistir el dolor solicitara nuevamente asistencia?/ ¿Si en algún momento llegó a sospechar que el paciente pudiera sufrir una fractura del escafoides carpiano y en caso negativo, por qué?/ ¿Si dado que la lesión se había producido en el lugar y durante la jornada de trabajo y pudiera revestir un carácter profesional, si se le sugirió que acudiese a su Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales?

Asimismo, interesa que el médico de familia diga si le fue requerida asistencia por parte del paciente entre los días 15 de noviembre de 2007 y 4 de febrero de 2008.

El día 1 de abril de 2013, la Gerente del Área Sanitaria II adjunta los informes solicitados.

El médico que atendió al paciente en horario de Atención Continuada el día 15 de noviembre de 2007 informa que “dado la clínica, la imagen radiológica de la mano y el informe emitido por el especialista de Radiología, se optó correctamente con la inmovilización con férula metálica, reposo de la mano y tratamiento analgésico-antiinflamatorio, ver evolución del proceso con revisión

en una semana y decidir seguimiento./ Claro que se sospechó que podría tener fractura de algún hueso de la mano izquierda, para eso se le hizo la radiografía correspondiente donde en un principio lo informaron... correcta alineación ósea sin imagen que sugiera fractura ósea./ Desde el principio como norma a todos los asegurados se les sugiere e informa que se pongan en contacto con su Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales para el correcto seguimiento del proceso”.

Por su parte, el Médico de Atención Primaria informa que “cuando yo tuve conocimiento del proceso ya había sido asistido por otros compañeros del centro de salud, dado que el paciente acudió en horarios de Atención Continuada en días de semana y de fin de semana./ Me limité a emitir partes de confirmación, aconsejar y ver evolución del proceso dado que ya estaba en manos de Traumatología, Rehabilitación, Cirugía Plástica del (Hospital `Y´) e Inspección Médica, hasta que se emitió el diagnóstico de Incapacidad Permanente Total para trabajos de albañilería, debido a la rigidez completa de muñeca izquierda”. Añade que “desde un principio del proceso se le informó al asegurado para que acudiera a su Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales”.

7. Con fecha 4 de abril de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Establece en él las siguientes conclusiones: “La primera asistencia por el médico de guardia fue correcta, pues ante un trauma como el referido por el reclamante, la clínica y lo anodino de la exploración física, la actuación adecuada era precisamente la que se adoptó, es decir, la solicitud de un estudio radiográfico urgente. También fue correcta y adecuada la inmovilización indicada, tras descartar la existencia de lesiones óseas./ En la exploración radiológica inicial efectuada al reclamante se utilizaron las proyecciones antero-posterior y lateral y, tal como consta en el correspondiente informe, no se apreciaron lesiones óseas, a diferencia de los hallazgos encontrados meses después. Lo que aparenta ser una contradicción, no es tal. Efectivamente, con

frecuencia en la primera exploración radiológica, las fracturas de escafoides, sobre todo las no desplazadas, pueden pasar desapercibidas ya que muchas veces es imposible apreciar el trazo de fractura, aún en el caso de radiólogos con amplia experiencia. Quizá la repetición del estudio radiológico días más tarde o el empleo de proyecciones especiales hubieran permitido llegar al diagnóstico cierto, pero estas actuaciones se reservan para los casos de fundada sospecha de fractura del hueso escafoides, diagnóstico del que por la clínica y la exploración física, al menos en un primer momento, no había indicios en este supuesto./ Lamentablemente, las imágenes del estudio radiológico inicial, única prueba objetiva que podría arrojar alguna luz sobre el caso, no se han podido contrastar con su correspondiente informe, toda vez que el reclamante tras haber solicitado las placas al hospital las tiene en su poder y no las ha restituido./ La actuación posterior, tanto de su médico de familia como de los servicios médicos intervinientes fue igualmente correcta. El retraso en el diagnóstico de la fractura de escafoides y en consecuencia la ausencia de un tratamiento eficaz desde el inicio, determinó la mala evolución de la lesión, hacia una pseudoartrosis, primero, y a la necrosis avascular del polo proximal, más tarde, pese a un adecuado control y seguimiento del paciente por parte de los profesionales del servicio sanitario público que le atendieron, que utilizaron los recursos diagnósticos y terapéuticos que la clínica y las circunstancias del paciente exigían en cada momento. Al final, con estos antecedentes y cómo única terapéutica factible y viable, se le practicó una artrodesis de la muñeca izquierda con las sabidas consecuencias que ello implica./ El supuesto error o retraso diagnóstico, al no haber detectado la lesión en un primer momento del proceso asistencial, no puede ser imputado como pretende el reclamante a un mal funcionamiento del servicio público, no solo por lo expuesto anteriormente, sino porque, aparte de la primera asistencia horas después de su caída, el reclamante no volvió a requerir la atención del servicio sanitario público sino hasta pasados casi tres meses de la caída, lo que evidentemente no es achacable en modo alguno a la Administración sanitaria. Tampoco el reclamante,

como sería esperable por la naturaleza de una lesión ocurrida en el lugar y durante el tiempo de trabajo y su supuesto carácter profesional, consta que hubiese requerido asistencia a su mutua (...). Estas fueron las auténticas causas, no otras, las que motivaron la mala evolución de la lesión (...). En el supuesto que nos ocupa los profesionales que intervinieron en la atención médica del reclamante utilizaron los medios diagnósticos y terapéuticos que la naturaleza de la lesión y las circunstancias del paciente hacían aconsejables en cada momento de su proceso asistencial. Actuaron pues, conforme a la *lex artis*, por lo que se puede afirmar que las actuales secuelas del perjudicado no guardan una relación causal con la asistencia recibida en el sistema sanitario público”.

8. Con fecha 16 de abril de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria remite una 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. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, realizado colegiadamente, el 25 de mayo de 2013, por tres especialistas, uno de ellos en Cirugía Plástica y Reparadora y en Cirugía de la Mano y Nervios Periféricos; otro en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia y el último en Traumatología y Ortopedia. Concluyen que “el paciente es visto en el centro de salud y se realiza el correspondiente estudio radiológico, sin que exista sospecha (clínica, ni por exploración, o radiológica) de fractura de escafoides, inmovilizándose la muñeca. El paciente no acude ni vuelve a la retirada de la inmovilización ni a informar de la persistencia de dolor (...). El paciente no vuelve a acudir a consulta pese a presentar dolor. Esto está corroborado por la historia clínica. Ya hemos visto que se puede inmovilizar una fractura de escafoides de forma tardía (...). No hay ningún dato en la historia que indique que en la radiografía realizada en el centro de salud, se pudiera ver la fractura. Las fracturas de escafoides pasan

desapercibidas en un 10-20% de los pacientes pese a una correcta técnica radiológica. Los servicios de salud no pueden asegurar un diagnóstico del 100% de las fracturas cuando la bibliografía médica a nivel mundial asegura que puede pasar desapercibido un 20%. No se puede exigir al médico el 100% del diagnóstico cuando la técnica no ofrece este porcentaje en una sola valoración. Hemos explicado el fenómeno de alistéresis, responsable de la imposibilidad de diagnóstico del 100% de las fracturas de escafoides (...). El paciente tuvo una fractura de escafoides, que se diagnosticó de forma tardía, pero con una evolución con complicaciones propias de la fractura (necrosis avascular) (...). Toda la actuación médica se adapta a los estándares de protocolización actuales (...). No hay falta de medios (...). El paciente guarda la prueba radiológica en su poder sin que nos conste se haya aportado para la realización de este informe” y, en definitiva, que “la actuación de los diferentes servicios médicos queda ajustada a *lex artis*”.

Entre las consideraciones médicas específicas para este caso, señalan que “las fracturas del escafoides se pueden inmovilizar entre 3 semanas (la mayoría de los autores) y 6 semanas después de la fractura sin que se haya visto que aumente considerablemente el riesgo de pseudoartrosis”.

10. El día 15 de julio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria notifica al 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.

Con fecha 17 de julio de 2013, el reclamante se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia de la documentación obrante en el expediente, según consta en la diligencia extendida al efecto.

No consta la presentación de alegaciones.

11. El día 29 de agosto de 2013, el Coordinador de Régimen Disciplinario y Responsabilidad Patrimonial elabora propuesta de resolución en sentido

desestimatorio. Sostiene que “es sabido que entre el 15 y el 20% de las fracturas de escafoides pasan desapercibidas por tratarse de fracturas no desplazadas, que en consecuencia no generan deformidad y por el fenómeno de alistéresis. De este modo, en caso de no apreciarse la línea de fractura, estas lesiones pueden pasar desapercibidas, por lo que los servicios de salud no están en condiciones de asegurar el diagnóstico del 100% de las mismas”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de septiembre de 2013, registrado de entrada el día 24 de septiembre de 2013, 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 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 a través de representante.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

CUARTA.- 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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los

servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que el reclamante atribuye a la asistencia que se dispensó a su representado el día 15 de noviembre de 2007, por lesión en la mano izquierda, tras una caída.

Consta en el expediente la asistencia por la que se reclama, así como que el día 4 de febrero de 2008 se diagnosticó al interesado una fractura inveterada sin desplazar de escafoides izquierdo, cuyo proceso asistencial concluyó con una artrodesis total de muñeca, -practicada el día 11 de enero de 2011-, determinante de su incapacidad permanente total, por lo que debe apreciarse en el caso un daño real susceptible de ser reclamado.

Al examinar los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración procede verificar, en primer término, si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto; aspecto al que no se refiere la propuesta de resolución que se somete a nuestra consideración.

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 25 de enero de 2013, por daños que se concretan en anquilosis/artrodesis de muñeca y perjuicio estético ligero, por lo que el *dies a quo* ha de establecerse en la fecha de determinación de su alcance. A la vista de los documentos aportados por el reclamante, entendemos que el alcance de esa secuela quedó determinado el día 31 de marzo de 2011, fecha del informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital "X", emitido tras tratamiento posterior a la

intervención de artrodesis total, con placa, realizada el día 11 de enero de 2011, en el que ya se consigna "rigidez de muñeca secundaria a la artrodesis".

No obsta a lo anterior la realización de una nueva intervención quirúrgica el día 6 de marzo de 2012, para la retirada de la referida placa, toda vez que el motivo de la misma fueron las molestias que generaba a la extensión del primer dedo, de modo que no afectaba a la movilidad de la muñeca.

La presentación el día 2 de julio de 2012 de un escrito comunicando una futura reclamación tampoco ha impedido la prescripción de la acción para reclamar, pues de conformidad con el artículo 1.973 del Código Civil "La prescripción de las acciones se interrumpe por su ejercicio ante los Tribunales, por reclamación extrajudicial del acreedor y por cualquier acto de reconocimiento de la deuda por el deudor". Además, el día en que tal escrito se presentó había transcurrido más de un año desde la citada fecha de estabilización de las lesiones.

Tampoco puede considerarse que la estabilización legal de las secuelas, como argumenta el reclamante, se haya producido el día 3 de octubre de 2012 fecha de la Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 6 de Oviedo, que declara al interesado afectado de una incapacidad permanente total para su profesión por la limitación funcional de la muñeca. En este sentido, debemos tener presente que es jurisprudencia reiterada del Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 29 de noviembre de 2011 -Sala de Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª-) que "las resoluciones de minusvalía e incapacidad no sirven para interrumpir ni para hacer ineficaz el plazo transcurrido correspondiente a una reclamación de responsabilidad patrimonial".

En consecuencia, este Consejo estima que la pretensión ahora examinada -formulada el 25 de enero de 2013- ha de ser desestimada por extemporánea, toda vez que en ella no se alega un daño diferente del ya determinado y conocido por el interesado desde, al menos, el 31 de marzo de 2011.

Ahora bien, aunque la acción no hubiera prescrito, la reclamación habría de ser igualmente desestimada, pues no concurren los requisitos materiales para

su estimación. En efecto, según doctrina reiterada de este Consejo, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el 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 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*.

El reclamante considera que el daño que sufre su representado se debe a un error de diagnóstico el día 15 de noviembre de 2007, con el consiguiente retraso en el tratamiento debido, al no haberse apreciado la existencia de una fractura en las radiografías realizadas ese día. También alega la existencia de una mala praxis en la realización de la prueba diagnóstica radiográfica.

En este caso, consta que el día 15 de noviembre de 2007, en un hospital público, se practicó al interesado un estudio radiográfico de muñeca (proyecciones anterior-posterior y lateral) en el que se apreció correcto alineamiento óseo sin imágenes de fractura, no obstante lo cual se inmovilizó la mano con férula metálica. Sin embargo, el posible error de interpretación de las radiografías, no puede ser verificado, toda vez que resulta del expediente que el día 28 de enero de 2011 le fueron entregadas al interesado las placas que se le realizaron el día 15 de noviembre de 2007, que siguen en su poder, y ello ha impedido su revisión en el procedimiento. Pese a ello, tampoco el informe aportado por el reclamante se pronuncia sobre este extremo.

En cualquier caso, los especialistas que informan a petición de la compañía aseguradora de la Administración del Principado de Asturias manifiestan que en las fracturas de escafoides no cabe exigir el diagnóstico cierto en el 100% de los casos en una primera valoración, pues está acreditado que entre el 10% y el 20% pasan desapercibidas pese a una correcta técnica diagnóstica.

En definitiva, no podemos tener por acreditadas las afirmaciones del reclamante sobre la errónea interpretación de los resultados radiográficos.

Por lo que se refiere a la imputación de mala praxis en la realización de la prueba diagnóstica, el reclamante aporta el informe de un especialista en Medicina Legal y Forense, según el cual son necesarias al menos cuatro proyecciones radiográficas. Sin embargo, el mismo informe dice que la fractura debe ser sospechada tras un traumatismo con dolor a nivel de tabaquera anatómica, dolor en su cara dorsal o en su tubérculo o ante la tumefacción postraumática en el margen radial de la muñeca, síntomas que el paciente no presentaba el día 15 de noviembre de 2007, en el que manifestó dolor generalizado y edema, por lo que no puede apreciarse obligación de realizar más proyecciones radiográficas que las realizadas.

En todo caso, y por lo que se refiere al tratamiento correcto de tales fracturas, el informe colegiado de dos especialistas en Traumatología y uno de Cirugía de la Mano, señala que se pueden inmovilizar entre 3 semanas y 6 semanas después de la fractura sin que se haya visto que aumente considerablemente el riesgo de pseudoartrosis, por lo que la falta de diagnóstico de la lesión el día 15 de noviembre de 2007, no fue un obstáculo para su correcto tratamiento.

Resulta además del expediente que el interesado no siguió la recomendación de reposo -toda vez que no estuvo de baja laboral y se desconoce la fecha de retirada de la férula- y que no recabó asistencia en la mutua, ni en el centro de salud hasta el día 4 de febrero de 2008, más de dos meses después de producida la lesión, y ello a pesar de los dolores que dice haber padecido, lo que sin duda impidió que se alcanzase por el servicio público sanitario el diagnóstico más temprano de la dolencia y se pautara el tratamiento adecuado. En definitiva, el daño que se reclama solo puede vincularse con el comportamiento del propio paciente, quien pese a la persistencia al parecer de una grave sintomatología dolorosa, ni se dirige a la mutua correspondiente ni al servicio público en demanda de asistencia.

En consecuencia, no apreciamos relación de causalidad entre el daño que se reclama y la asistencia dispensada al paciente el día 15 de noviembre de 2007, que ha sido correcta y ajustada a los postulados de la *lex artis ad hoc*.

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.