

Expediente Núm. 40/2015
Dictamen Núm. 57/2015

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 19 de marzo de 2015, 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 17 de febrero de 2015 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia recibida en el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 16 de julio de 2014, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Expone que “fue intervenida quirúrgicamente mediante técnica artroscópica el 19 de abril de 2012” en el Hospital “por presentar un choque femoroacetabular de tipo pincer con rotura de labrum”, causando alta el

día 23 del mismo mes e iniciando rehabilitación el 25 de mayo, precisando que "ante la falta de mejoría" es remitida al Servicio de Traumatología "para una nueva valoración". Tras reseñar la realización de una resonancia magnética en una mutua y precisar que en el Hospital "se le da cita para el 23 de noviembre de 2012", manifiesta que "ante los dolores y la ausencia de mejoría solicitó consulta al Institut", que le diagnostica "una fibrosis posquirúrgica a nivel de la articulación de la cadera (capsulitis retráctil de la cadera), indicando que debe ser intervenida quirúrgicamente mediante técnica artroscópica"; operación que se lleva a cabo el 28 de marzo de 2013 después de ser "autorizado su desplazamiento para pacientes en incapacidad temporal, evidenciando prominencia ósea tipo CAM con fibrosis severa que engloba labrum y psoas, procediéndose a osteocondroplastia femoral y sinovectomía y artrolysis artroscópica". Añade que un facultativo del centro en el que se practica la segunda cirugía "se dirige a la Inspección Médica el 15 de agosto de 2013 indicando la fibrosis posquirúrgica y la existencia de un choque femoroacetabular tipo CAM. Indica que el ángulo alfa está aumentado y ese detalle fue descuidado en la primera cirugía, 'optaron por no realizar resección de esa zona'; en su intervención realiza la resección ósea hasta evidenciar la correcta adaptación articular y desaparición del choque". Transcribe a continuación un informe de 16 de diciembre de 2013 del citado Institut en el que se consigna que "ha seguido con controles evolutivos, con una rehabilitación progresiva, en la que precisa de mucha vigilancia y evitar todas aquellas actividades que sobrecarguen su cadera. Hemos de tener en cuenta que se trata de una cirugía de revisión en una paciente ya intervenida. Influyen diferentes factores en su recuperación, el tiempo que llevaba ya operada hasta que acude a nuestro servicio con la fibrosis manifiesta y el desequilibrio muscular (atrofia severa de sus grupos musculares), que esto ha supuesto durante este tiempo dolor en su cadera y limitación en la movilidad (...). Presenta dificultad en la bipedestación mantenida por ahora y debe seguir tratamiento hasta que se cumpla un año de la cirugía por lo menos".

La interesada aclara que "actualmente continúa con rehabilitación" y que "ha permanecido en situación de incapacidad temporal desde la fecha de 19 de

abril de 2012 hasta el 14 de agosto de 2013”, habiendo sido “objeto de despido” en su trabajo “por causas objetivas, por ineptitud sobrevenida” (al tener limitada la “bipedestación y deambulación continua”), con efectos de “17 de septiembre de 2013”.

Considera que “ha existido una actuación médica deficiente e inadecuada en la asistencia prestada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias con secuelas que determinan la incapacidad permanente para el trabajo habitual de la reclamante y que trascienden de lo meramente laboral para afectar notablemente a su vida familiar y social, con clara relación de causalidad entre las secuelas y daños sufridos y la actuación sanitaria realizada por la Administración”.

Acompaña su escrito de diversa documentación e informes médicos relacionados con su petición, entre los que se encuentran los que se transcriben.

2. Mediante oficio notificado a la interesada el 24 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica 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 concede un plazo de diez días para proceder a la cuantificación del daño.

Con fecha 5 de agosto de 2014, la reclamante presenta un escrito en el que establece la cuantía indemnizatoria en ciento noventa y ocho mil trescientos euros (198.300 €), “habida cuenta el tiempo en que ha permanecido en situación de incapacidad temporal, la pérdida de su trabajo por ineptitud sobrevenida y la situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual, al no poder mantener (la) bipedestación ni deambulación continua, así como la afectación de su vida personal y familiar”.

3. El día 8 de agosto de 2014, el Director Económico y de Recursos Humanos del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros

y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente obrante en el Hospital, así como los informes emitidos por los Servicios de Traumatología y de Rehabilitación de dicho centro.

En el primero de ellos, suscrito el 2 de agosto de 2014 por el especialista que realizó la intervención, se hace referencia a la "cirugía" llevada a cabo el 19 de abril de 2012, durante la cual se efectúa "cotiloplastia con reanclaje del labrum y resección de esclerosis cortical de cuello por técnica artroscópica", siendo "la evolución de la paciente en el posoperatorio inmediato (...) correcta y lo mismo en el tardío, realizando posteriormente fisioterapia en el Servicio de Rehabilitación. Como único dato digno de reseñar caída por resbalón durante el proceso de rehabilitación. El 13 de julio de 2012 es vista en nuestra consulta refiriendo mala evolución con dolor y sensación de rigidez en la cadera intervenida./ La exploración es entonces bastante anodina excepto cierto dolor a las maniobras de movilización de flexión y rotación interna, sin demasiada rigidez manifiesta, y en estudio de RM practicado se acredita la correcta liberación del impingement anterior y se aprecia el labrum íntegro. El día 2 de noviembre la paciente acude con la indicación (...) de hacer una artroscopia de revisión para liberar fibrosis posquirúrgica y capsulotomía anterior en la misma, ante lo cual (le) comento (...) que intentaremos" derivarla "con este doctor", sin que se haya vuelto a ver por ese proceso en el Servicio.

En el segundo informe, emitido el 5 de agosto de 2014, se expone la rehabilitación seguida por la paciente tras la intervención, indicando que "la evolución no fue buena, con persistencia de dolor de cadera, aunque consigue dejar los bastones y movilidad completa", causando "alta de fisioterapia el 2-11-2012 tras 64 sesiones (...), quedando como secuela dolor inguinal a la RI y flexión, y siendo remitida de nuevo al Servicio de procedencia". Se deja constancia de que no fue valorada en ese Servicio desde entonces.

4. Con fecha 1 de septiembre de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación.

Señala que "el choque femoroacetabular (...) es una alteración en la anatomía de la cabeza femoral, o de la unión entre el cuello y la cabeza

femoral, y del acetábulo”, y que “con el tratamiento quirúrgico de esta patología se trata de evitar recurrir al recambio de cadera en personas jóvenes”, especificando que “la tasa de complicaciones tras artroscopia de cadera está en torno al 1,6%, aunque estudios recientes la sitúan sobre el 7,2%”.

Afirma que, “antes de finalizar el tratamiento rehabilitador en el servicio público de salud, el 02-11-2012, a iniciativa propia (...), decide acudir a la sanidad privada por presentar coxalgia derecha de años de evolución, siendo vista en el Institut el 24-10-2012”, en el que “le proponen, ante la sospecha de fibrosis posquirúrgica, una nueva artroscopia que realiza en ese centro el 28-03-2013./ Tras esta cirugía y posterior tratamiento rehabilitador, realizados ambos privadamente, la paciente continúa con clínica; así, según informe aportado de fecha 21-02-2014 presenta `dolor y sobrecarga muscular en aductor, recto anterior, psoas y trocanteritis en EID´./ La fibrosis posquirúrgica y la necesidad de reintervención” constituyen “una de las complicaciones posibles en la cirugía a la que fue sometida (la) paciente, y como tal consta en el documento de consentimiento informado por ella firmado”.

Concluye que “la asistencia prestada (...) fue ajustada a la *lex artis*, decidiendo esta acudir a la medicina privada a iniciativa propia, donde fue nuevamente intervenida por una complicación posible en la cirugía a la que fue sometida”, por lo que propone desestimar la reclamación.

5. Mediante oficios de 4 de septiembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

6. Con fecha 22 de octubre de 2014, un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología emite informe a instancia de la compañía aseguradora. En él señala que “en principio el diagnóstico y el tratamiento realizado parece encajar perfectamente”, si bien “es evidente (...) que la enferma no evolucionó

satisfactoriamente, presentando dolor y rigidez, por lo que fue remitida a tratamiento rehabilitador./ Cuando fue atendida en otro centro se diagnosticó una fibrosis adhesiva y la no resección de la giba./ La aparición de la fibrosis es una complicación descrita y contemplada en el consentimiento informado y que no es achacable a una actuación deficiente en el acto quirúrgico./ En cuanto a la no resección de la giba, probablemente se refieren a una resección insuficiente porque en el protocolo de quirófano sí consta que se hizo una femoroplastia del cuello. Esta maniobra es de difícil realización, y cuánto se debe extirpar de hueso es algo que se hace en función de la sensación del cirujano en el momento de la cirugía y es delicado, pues si se hace en exceso” se puede “provocar una fractura del cuello femoral. Es posible que en este caso pudiera ser insuficiente, pero es difícil de demostrar”.

Sostiene que “la intervención se realizó sin incidencias (...). En el protocolo quirúrgico se describe perfectamente la técnica utilizada y contempla la resección de la sobrecobertura (...), la resección de la giba femoroplastia (...) y la reparación del labrum (...). La mala evolución se debió fundamentalmente a una complicación de la cirugía perfectamente descrita y no atribuible a una mala actuación quirúrgica (...). La consideración por otro cirujano de que la resección de la giba” fue “insuficiente es una apreciación subjetiva (...) siempre discutible (...). En todo momento se aplicaron las pautas terapéuticas adecuadas y acordes con los protocolos de actuación en este tipo de patologías”.

Concluye que “la atención prestada” a la perjudicada en el Hospital “fue acorde a la *lex artis ad hoc*, no hallándose indicios de conducta negligente ni mala praxis”.

7. El día 19 de noviembre de 2014, un gabinete jurídico privado emite informe a instancias de la compañía aseguradora. En él propone la desestimación de la reclamación, al no existir “actuación contraria a la *lex artis*, ni antijuridicidad”, como “tampoco relación de causalidad entre el daño alegado (no acreditado) y la actuación médica (...), constituyendo el daño en parte una mala evolución de

su patología y en el caso de la fibrosis una complicación descrita en el consentimiento informado otorgado para la artroscopia de cadera”.

8. Mediante escrito notificado a la reclamante el 29 de diciembre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en este la personación de un Letrado para examinarlo el 14 de enero de 2015, obteniendo una copia del mismo, y aporta un poder para pleitos en el que figura la representación conferida al efecto.

El día 16 de enero de 2015, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación inicial. Señala que, “como consta en el permiso de desplazamiento para pacientes en I. T., ` fue remitida por la S. S. a Traumatología a Madrid por no asumirla el traumatólogo de que realizó la primera (intervención quirúrgica) y le aconsejó esperar un año más y revisarla con nueva Rx. En esa situación decide realizar la intervención con el médico privado en Barcelona el día 27 de marzo de 2013, por lo que precisa viajar en esas fechas en situación de I. T.”. Añade que es “la medicina privada (...) la que informa dolor en la cadera derecha, tumefacción en zona anterior y lateral más proximal de su muslo, con limitación franca a la movilización por encima de 90º y rotación interna limitada, valorando que padece una fibrosis posquirúrgica e indicando su intervención”, y subraya que el cirujano que realiza la segunda operación, “altamente especializado, considera que la resección de la giba en la intervención fue insuficiente”.

Adjunta a su escrito el “permiso de desplazamiento para pacientes en I. T.”, emitido por el facultativo del centro de salud “responsable de la baja” de la reclamante.

9. Con fecha 28 de enero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los argumentos contenidos en los informes incorporados al expediente.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de febrero de 2015, 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), en relación con lo establecido en el artículo 31.1.a), 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 16 de julio de 2014, y, a tenor de la Resolución del Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social incorporada al expediente, el alta médica relativa al proceso que la motiva tuvo lugar el día 14 de agosto de 2013, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

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

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de

personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños instada por una paciente que reprocha la asistencia recibida por parte del servicio público sanitario con ocasión de una cirugía de cadera.

Al concretar la indemnización solicitada, la interesada precisa que integran la misma conceptos tales como “el tiempo (...) que ha permanecido en situación de incapacidad temporal, la pérdida de su trabajo por ineptitud sobrevenida y la situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual al no poder mantener (la) bipedestación ni deambulación continua, así como la afectación de su vida personal y familiar”. Al respecto debemos precisar que, con independencia de la cuantificación de la indemnización que proceda en el caso de alcanzarse un resultado estimatorio, de la documentación obrante en el expediente no resulta acreditada la situación de incapacidad permanente de la reclamante, pues se aporta únicamente una Resolución de la Dirección Provincial de la Seguridad Social por la que se emite el alta médica en el mes de agosto de 2013.

Resulta probado que la paciente, tras la primera intervención practicada en un hospital público por la patología de cadera que presentaba, fue objeto de reintervención en un centro privado, lo que obliga a entender acreditada la existencia del perjuicio que alega. En consecuencia, habrá de procederse al examen del concreto reproche que al respecto se formula.

En todo caso, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, 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.

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 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.

También hemos de señalar 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.

La perjudicada invoca la existencia de "una actuación médica deficiente e inadecuada", citando al efecto el informe emitido por el especialista de un centro privado al que recurre tras la primera operación y en el que es reintervenida, y del que destaca que un "detalle fue descuidado en la primera cirugía, `optaron por no realizar resección de esa zona´". Igualmente, durante

el trámite de audiencia insiste en que “este cirujano, altamente especializado, considera que la resección de la giba en la intervención inicial fue insuficiente”, añadiendo que es “la medicina privada” la que detecta las complicaciones que determinan la segunda operación.

Sin embargo, sus manifestaciones se apoyan en documentación médica emitida con una finalidad distinta que, por ello, exige ser valorada en su propio contexto. Así, el informe en el que consta la aseveración del facultativo relativa a la insuficiencia de la resección va dirigido a la Seguridad Social ante el alta emitida en el mes de agosto de 2013 y tiene el propósito declarado de evitar la misma. Por otra parte, la alusión a la resección que contiene dicho informe no resulta correcta, pues en él se afirma que no se realizó, lo que -como recoge el informe emitido por un especialista a instancia de la compañía aseguradora- sí se llevó a cabo, pues así se desprende del protocolo de quirófano, aunque, a juicio de aquel cirujano, pueda haber resultado insuficiente. En cualquier caso, la mención no se efectúa para atribuir impericia o error alguno, sino para aludir a una probable “duración excesiva de la cirugía”, y, en este sentido, el informe pericial citado precisa que “la duración” de la intervención “no es un criterio para la evaluación de posibles problemas porque depende de las características de cada cirujano (...) tardar más o menos, sin que los cirujanos más minuciosos y por tanto más lentos tengan que presuponer complicaciones ni mala técnica”. En todo caso, es obvio que el cirujano que alude a “la duración excesiva de la cirugía” no formula un juicio negativo de tal hecho, sino que lo menciona como probable causa de la decisión quirúrgica; es más, en el mismo informe indica que se trató de una “cirugía (...) de larga evolución, dada la complejidad de la misma”. Por su parte, el informe pericial explica que se trata de una “maniobra (...) de difícil realización”, determinándose la cantidad de hueso a extirpar “en función de la sensación del cirujano en el momento” de la operación, advirtiendo de la delicadeza de la técnica por el riesgo de “provocar una fractura del cuello femoral” en caso de “exceso”. Frente a tal manifestación, ningún argumento opone la reclamante en el trámite de audiencia, lo que nos lleva a concluir que la limitación en la resección puede calificarse como una

actitud prudente que responde a una decisión que no cabe cuestionar con arreglo a los elementos de juicio disponibles.

En todo caso, ha de subrayarse que la intervención se llevó a cabo no solo con la finalidad de proceder a la resección, sino para solventar la fibrosis posquirúrgica surgida, que -como destacan el informe técnico de evaluación y el referido informe pericial- constituye una de las complicaciones incluidas en el documento de consentimiento informado para artroscopia de cadera suscrito por la paciente el 24 de octubre de 2011. Efectivamente, consta en el mismo, como uno de "los riesgos" que "por su frecuencia o importancia debe conocer" la paciente, la "rigidez articular y pérdida parcial o total de la movilidad de la cadera con posterioridad a la intervención, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares".

Por otra parte, en el escrito presentado tras el trámite de audiencia se sustancia la segunda cuestión planteada por la reclamante, quien afirma que, "como consta en el permiso de desplazamiento para pacientes en I. T., `fue remitida por la S. S. a Traumatología a Madrid por no asumirla el traumatólogo de que realizó la primera (intervención quirúrgica) y le aconsejó esperar un año más y revisarla con nueva Rx./ En esta situación decide realizar la intervención con el médico privado en Barcelona ´", de lo que deduce que es "la medicina privada (...) la que informa dolor en la cadera derecha, tumefacción en (...) muslo con limitación (...) a la movilización (...), valorando que padece una fibrosis posquirúrgica". Parece indicar con ello que el recurso a la medicina privada vino motivado por un rechazo desde el servicio público sanitario, pero la documentación obrante en el expediente no avala tal aseveración. En primer lugar, el documento que transcribe la interesada es un "permiso de desplazamiento para pacientes en I. T." emitido por el médico de Atención Primaria "responsable de la baja", cuya finalidad es autorizar desde el punto de vista médico "el traslado propuesto", valorando que no resulte "perjudicial para la salud del trabajador, ni prolonga el tiempo de I. T.", y las manifestaciones que recoge han de considerarse derivadas de la información facilitada por la

propia paciente, que no se corresponde con exactitud con la existente en el expediente.

Así, el informe emitido por el Servicio afectado refleja que “el día 2 de noviembre la paciente acude con la indicación” del médico del centro privado barcelonés “de hacer una artroscopia de revisión para liberar fibrosis posquirúrgica y capsulotomía anterior en la misma, ante lo cual (le) comento (...) que intentaremos” derivarla con este doctor. En el mismo sentido, consta en el informe de alta del Servicio de Rehabilitación, emitido el 9 de noviembre de 2012, que la paciente “solicitó valoración” al citado facultativo, y en las notas de progreso el facultativo responsable de la primera intervención anota, el 2 noviembre de 2012, que le “parece correcto” el planteamiento de reintervención del especialista privado y que “si puedo mandarle a él o a otro centro (...) lo haremos”, precisando que “irán a Atención al Paciente e intentaremos” derivarla “a otro centro o incluso” al citado doctor, y el día 16 de noviembre que “se ruega valorar por vosotros posibilidad quirúrgica”. Ello impide aceptar que existiera la exclusión que parece sugerir la reclamante, con independencia de que no resulte aclarada la posible derivación a la que se alude en las notas de progreso. Por tanto, puede coincidir con la propuesta de resolución en que la interesada “se dirigió a la sanidad privada a iniciativa propia” antes de finalizar el tratamiento rehabilitador que seguía en el hospital en el que había sido operada; afirmación que ya se realizó durante la tramitación del procedimiento en el informe técnico de evaluación y que la perjudicada no niega en las alegaciones efectuadas tras el trámite de audiencia. Al respecto, la propia reclamante precisa en su escrito inicial que la resonancia magnética practicada en el mes de septiembre de 2012 en una clínica privada (distinta a aquella en la que se somete a la segunda intervención) se efectuó “a través de la mutua” por “encontrarse en situación de I. T.”, siendo tras esta prueba cuando se le recomienda “la realización de artro RM de cadera”. Ha de destacarse que consta anotado en la historia clínica del hospital, en el mes de julio de 2012, que “si no cede el dolor en 1 mes haremos otra RM”, por lo que no puede afirmarse que la sanidad pública omitiera medios tampoco en cuanto al seguimiento posquirúrgico -al margen de la rehabilitación-, concurriendo, en

definitiva, otras circunstancias que determinan la intervención de la sanidad privada.

En suma, los informes técnicos obrantes en el expediente coinciden en apreciar una actuación conforme con la *lex artis* -que, ciertamente, no objetan los aportados por la reclamante-, sin que resulte atribuible al servicio público sanitario la necesidad de reintervención, determinada tanto por la aparición de una complicación descrita en el documento de consentimiento informado, por lo que constituye la materialización de un riesgo típico, excluyendo la nota de antijuridicidad del daño, como por la necesidad de realizar una mayor resección, respecto de la cual no resulta acreditada la incorrección o insuficiencia de la practicada en la primera cirugía.

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.