

Expediente Núm. 62/2019
Dictamen Núm. 218/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de septiembre de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de marzo de 2019 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de una mala evolución posoperatoria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de julio de 2018, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a un diagnóstico y tratamiento inadecuados tras una intervención quirúrgica en el pie derecho.

Expone que el día 13 de octubre de 2016 fue intervenida en el Hospital “X” por “exostosis en cara dorsal de la primera cuña del pie derecho”, siendo dada de alta el mismo día.

Señala que acude a revisión al Servicio de Traumatología del referido hospital el día 22 de noviembre de 2016 refiriendo "disestesias perilesionales y dolor con la movilización del primer radio", que se considera compatible con "artritis posquirúrgica no infecciosa", y precisa que se le realiza una infiltración con Celestone y se le prescribe reposo relativo, frío local e Ibuprofeno. Añade que el día 20 de diciembre de 2016 persistía la clínica, por lo que se efectúa una nueva infiltración.

Manifiesta que en una nueva revisión, el día 3 de enero de 2017, presentaba "una fístula a nivel del portal de trabajo por la que drena un exudado seroso", se realiza una nueva infiltración y se coloca una "cinta de compresión metatarsiana". Reseña que el 24 del mismo mes "la fístula está cerrada persistiendo el dolor a la palpación y con la movilización pasiva de la articulación cuneo-metatarsiana", por lo que se solicita RMN y se autoriza rehabilitación.

Iniciado tratamiento fisioterápico el 27 de enero de 2017, se suspende el día 30 del mismo mes por presentar "un nuevo cuadro inflamatorio con signos flogóticos".

Indica que el 8 de febrero de 2017 acude a la consulta de otro facultativo en un centro sanitario privado que aprecia "cicatrización tórpida de la herida (...) con tumefacción del pie", se le pauta tratamiento antibiótico durante 10 días por "infección de herida operatoria" y se solicita gammagrafía que "descarta proceso artrítico".

Menciona que el 28 de marzo de 2017 vuelve a la consulta del Servicio de Traumatología del Hospital "X" con "clínica de descenso de la movilidad del primer radio y dolor a la extensión del hallux", la RMN muestra "celulitis" y se le pauta tratamiento rehabilitador que inicia el 10 de abril, siendo dada de alta en el Servicio de Rehabilitación del Hospital "Y" el día 7 de julio de 2017 con "mejoría", aunque sigue refiriendo "molestias a nivel plantar y tobillo en probable relación con sobrecarga".

Señala que el 27 de junio de 2017 acude a la consulta del Servicio de Traumatología del Hospital "X", recogiendo en el informe correspondiente que se trata de una paciente "intervenida (...) de exostosis. Durante el posoperatorio cursa con un cuadro de flogosis y edema en el dorso del antepié

etiquetado en un primer momento como artritis posquirúrgica; recibe tratamiento con antibióticos con mejoría del episodio, por lo que se postula diagnóstico de artritis infecciosa (...). A la vista de la evolución satisfactoria (se) recomienda reincorporación a su actividad laboral. Al ser un proceso de largo tiempo de evolución, con importante repercusión funcional y posible recidiva, consideramos conveniente que dicha reincorporación se haga de forma progresiva”.

Deja constancia de que en la consulta del Servicio de Rehabilitación del Hospital “Y” de 7 de noviembre de 2017 la paciente refiere “dolor y sensación de electricidad en herida que irradia hacia el resto del pie, limitación en la FP”, por lo que se somete a un nuevo tratamiento rehabilitador que resulta ineficaz, solicitándose una nueva RMN que se practica el 23 de marzo de 2018 sin que se “aprecien cambios muy significativos” respecto a la efectuada en marzo de 2017, y se informa que “desde el punto de vista rehabilitador (están) agotadas las posibilidades terapéuticas, considerando situación crónica a nivel clínico y radiológico, persistiendo edema subcondral. Se recomienda nueva valoración por el Servicio de Traumatología”.

La reclamante manifiesta que permaneció de baja laboral “desde el día 13-10-2016 hasta el día 10-7-2017”, y que presenta como “secuelas permanentes (...) una limitación funcional que afecta a todo el arco del pie, tanto la flexo-extensión del pie como la propia de la primera metatarsfalángica (...); dolores residuales importantes en el pie derecho de tipo mecánico que aumentan con bipedestaciones, cargas, terreno irregular, movimientos del pie (...), y además (...) dolores en cadera izquierda (por alteración de la ergonomía de la báscula pélvica para descargar el pie derecho). Estos dolores tienen una constatación por lesiones anatómicas (edema subcondral, edema de partes blandas, edema óseo, lesión osteocondral y derrame) objetivadas en RM de 23-3-2018. El daño estético se establece por las secuelas de marcha claudicante con cojera ostensible que aumenta a lo largo del día y a la imposibilidad de usar calzados con tacones y/o cuñas que realzan la figura”.

Considera que los daños producidos son consecuencia de una intervención quirúrgica sencilla programada, con tiempo de recuperación previsto por su médico de Atención Primaria de 54 días, que tiene una

evolución posquirúrgica tórpida en relación con un mal diagnóstico del traumatólogo que la interviene, que establece como tal una artritis posquirúrgica no infecciosa (y la trata con dosis altas de corticoides) cuando se trata de una infección de la herida operatoria”, lo que “reconoce tardíamente” el Servicio de Traumatología del Hospital “X” en varios informes.

Solicita una indemnización de veintiocho mil cuatrocientos sesenta y un euros con ochenta y tres céntimos (28.461,83 €) por “perjuicio personal moderado, básico y secuelas”, que desglosa en los siguientes conceptos: “talalgia/metatarsalgia, 4 puntos (...); limitación de la abducción del pie, 1 punto (...); limitación de la abducción del pie, 1 punto (...); limitación funcional de la articulación metatarsofalángica del dedo 1.º, 1 punto” y “daño estético ligero, 3 puntos”.

Adjunta los siguientes documentos: a) Varios informes del Servicio de Traumatología del Hospital “X”. b) Informe de un especialista en Traumatología de un centro privado. c) Varios informes del Servicio de Rehabilitación del Hospital “Y”. d) Partes de baja y alta médica. e) Informe médico pericial suscrito por un especialista en Valoración del Daño Corporal, de 26 de junio de 2018, en el que se considera que “se puede establecer relación causa-efecto entre el inicial error diagnóstico y tratamiento inadecuado (artritis posquirúrgica no infecciosa tratada con infiltraciones de corticoides en lugar de celulitis y tratamiento con antibiótico) y el retraso en establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado y la prolongación del tratamiento realizado y las secuelas, ya que (se) cumplen todos los criterios de causalidad genéricos”.

2. Mediante oficio de 13 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 14 de agosto de 2018, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Hospital “X” una copia de la historia clínica de la paciente, un informe del servicio responsable de la asistencia y una certificación

de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4. El día 24 de agosto de 2018, el Director-Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor la documentación solicitada, entre la que se incluye el informe emitido por el Servicio de Traumatología el 27 de agosto de 2018. En él se indica que "el diagnóstico de artritis posquirúrgica (...) se establece en base a la ausencia de signos de infección, como supuración o fiebre. Los signos flogóticos y el dolor son signos habituales durante el posoperatorio, sin ser motivo, en ausencia de otros signos clínicos, para el comienzo de la antibioterapia. En base a esta premisa se comienza tratamiento para su patología mediante tratamiento (...) con corticoterapia, antiinflamatorios no esteroideos y medidas físicas. El 3-1-2017 presenta una fístula a nivel del portal de trabajo por la que se drena un exudado seroso, no purulento, por lo que se considera una fístula de líquido sinovial. Tras el cierre de la fístula, el día 24-01-2017 se solicita valoración por parte del S.º de Rehabilitación para comenzar tratamiento rehabilitador. En dicha valoración no ponen de manifiesto proceso infeccioso, por lo que comienza tratamiento rehabilitador con empeoramiento de la clínica apareciendo una lesión quística a nivel de herida quirúrgica". Añade que el 8 de febrero de 2017 "la paciente acude a la consulta de (otro facultativo) que pauta tratamiento empírico con Augmentine 875/125. El tratamiento es eficaz para la disminución de los signos flogóticos y de dolor. Ante dicha respuesta se hace diagnóstico de presunción de artritis infecciosa. Solicito gammagrafía con leucocitos marcados y analítica con PCR con resultados negativos en ambas pruebas, que presentan elevada sensibilidad para los procesos infecciosos".

Reseña que el día 28 de marzo de 2018 se realiza "una nueva RMN" con un resultado "compatible con cambios posquirúrgicos normales, sin objetivarse imágenes subjetivas de proceso infeccioso crónico o agudo./ Por todo ello, no considero que exista un nexo causal entre una supuesta (ya que las pruebas analíticas -PCR 0- y de imagen, gammagrafía con leucocitos marcados negativa) infección posquirúrgica de partes, resuelta tras 10 días de tratamiento antibiótico, y el dolor que presenta la paciente en el momento actual. De igual

forma el resultado de la RMN actual es compatible con los cambios posquirúrgicos habituales en este tipo de intervenciones a nivel de la primera cuña y el primer metatarsiano. La lesión astragalina no guarda relación con la exostosis cuneana”.

5. Con fecha 26 de noviembre de 2018, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe una especialista en Valoración del Daño Corporal. En él afirma que “tras la revisión de la documentación aportada se puede concluir que se actuó de manera correcta en cada una de las situaciones clínicas que presentó la paciente a lo largo de su proceso asistencial. Tras evolución inicial favorable el dolor secundario a artritis posquirúrgica (no infecciosa), riesgo contemplado en toda intervención traumatológica, se trató según protocolos, con exploración y clínica compatibles con el diagnóstico. Posteriormente presentó episodio de celulitis que se resolvió con antibiótico vía oral. Si se hubiese tratado de una artritis infecciosa no hubiese curado con antibióticos vía oral y se hubiese puesto de manifiesto en las diferentes pruebas complementarias (analítica con leucocitosis, aumento de PCR y VSG, así como pruebas de imagen con resultados sugestivos). La RM fue compatible con cambios posquirúrgicos”. Concluye que “no existe nexo causal entre la supuesta infección y el dolor que presenta la paciente”.

6. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado a la interesada el 17 de enero de 2019, esta presenta el 31 de ese mismo mes un escrito de alegaciones en el que se ratifica en el contenido de su reclamación inicial.

7. Con fecha 15 de febrero de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, pues “la asistencia fue conforme con la *lex artis*” y “no existe nexo causal entre la supuesta infección y el dolor que presenta” la interesada. Considera que “no padeció una infección posquirúrgica”, ya que “ni en las revisiones que realizó (...), ni en las que hizo en el Servicio de Rehabilitación”, se constató su existencia; de hecho “las pruebas de imagen, analíticas y gammagrafía fueron negativas”. Y añade que presentó un “episodio

de celulitis que se resolvió con antibiótico vía oral”, sosteniendo que si se hubiera tratado de una infección sería “más que dudoso que esta se pudiera resolver con 10 días de antibioterapia oral”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de marzo de 2019, registrado de entrada el día 14 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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, de conformidad con 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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.

De lo actuado se deduce que los daños que la interesada imputa a la sanidad pública se atribuyen sustancialmente al tratamiento dispensado en el Hospital “X”, centro asistencial privado con el que el Principado de Asturias ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud. En tanto que la atención recibida por la perjudicada en el citado

centro lo ha sido como beneficiaria del sistema sanitario público, y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido, el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, tal como este Consejo viene reiterando (por todos, Dictamen Núm. 16/2015), siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento y en los términos establecidos en el citado convenio.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 3 de julio de 2018 y, deducida frente a dolencias posquirúrgicas, el tratamiento rehabilitador y las posibilidades terapéuticas de mejora se extienden hasta el mes marzo de 2018 (informe de resonancia practicada el 23 de marzo), por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han observado los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, 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

91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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 un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños que la interesada anuda a un error diagnóstico y subsiguiente tratamiento inadecuado, al verse sometida a un complicado proceso rehabilitador que atribuye a la falta de detección de una presunta infección posoperatoria.

Queda acreditada la efectividad del daño sufrido a la luz de la documentación clínica incorporada al expediente, en la que se evidencia la tórpida evolución posoperatoria de la reclamante y se objetivan ciertas secuelas.

Ahora bien, 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 poder apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado 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 un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) 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.

En el supuesto examinado la perjudicada esgrime que los daños reclamados "son consecuencia de una intervención quirúrgica sencilla

programada (...), con tiempo de recuperación previsto por su (médico de Atención Primaria) de 54 días”, cuya tórpida evolución anuda a “un mal diagnóstico del traumatólogo que la interviene, que diagnostica una artritis posquirúrgica no infecciosa (y la trata como tal con dosis altas de corticoides) cuando se trata de una infección de la herida operatoria”.

A la vista de este relato de la interesada debe cuestionarse en primer término el mismo engarce fáctico entre la praxis médica denunciada y el daño cuyo resarcimiento se impetra. En efecto, nada objetiva a lo largo de lo actuado que los padecimientos y secuelas por los que se acciona sean consecuencia de una supuesta infección no detectada u otro acto asistencial. Por un lado, de la documentación clínica incorporada al expediente no se deduce la “infección de la herida operatoria” invocada, ni el especialista la “reconoce tardíamente”, tal como apunta la perjudicada en su reclamación. Lo que consta es una sospecha diagnóstica de artritis infecciosa que se descarta tras las pruebas oportunas. Tal como se razona en el informe del Servicio de Traumatología del Hospital “X”, vista la respuesta al tratamiento empírico pautado por otro facultativo se efectúa el “diagnóstico de presunción de artritis infecciosa”, por lo que se solicita “gammagrafía con leucocitos marcados y analítica con PCR con resultados negativos en ambas pruebas, que presentan elevada sensibilidad para los procesos infecciosos”. En el mismo sentido, tanto el facultativo que informa a instancias de la compañía aseguradora como el técnico que elabora la propuesta de resolución coinciden en que si se hubiese tratado de una artritis infecciosa no hubiese curado con antibiótico vía oral y se hubiese puesto de manifiesto en las diferentes pruebas complementarias. Más aún, todos los informes incorporados al expediente niegan la relación causal entre una eventual infección y el cuadro que presenta la paciente, revelando que se trata de un dolor secundario a artritis posquirúrgica (no infecciosa), riesgo contemplado en toda intervención traumatológica, y que el resultado de la RMN actual es compatible con los cambios posquirúrgicos habituales en este tipo de operaciones a nivel de la primera cuña y el primer metatarsiano. Frente a lo anterior, nada aporta ni argumenta la reclamante en el trámite de alegaciones, en el que se reafirma en las imputaciones señaladas inicialmente en su reclamación, por lo que no puede estimarse que los daños reclamados sean *de*

facto y de forma indubitada consecuencia de la supuesta infección inadvertida en la que se funda el reproche al servicio público sanitario, lo que pugna con su resarcimiento.

Sin perjuicio de esa quiebra del vínculo causal, no se aprecia tampoco en lo actuado infracción alguna de la *lex artis ad hoc*. Tal como adelantamos, el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, la *lex artis* médica no impone la práctica de más pruebas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente. En el supuesto examinado, además de constatarse que la interesada no padeció una infección posquirúrgica, que fue señalada como posible diagnóstico varios meses después de la intervención, ni que esta hubiera podido reputarse causa de sus padecimientos, pues los signos flogóticos y el dolor que presentaba resultan habituales durante el posoperatorio de la operación practicada sin que concurrieran otros signos clínicos que permitieran apreciar una infección, la documentación clínica revela que se le dispensa un tratamiento continuado en todo momento, sin que se aprecie infracción alguna del buen quehacer médico. En el informe del Servicio de Traumatología se detalla y justifica la asistencia dispensada en atención a la sintomatología que la paciente presenta en cada momento, y tanto los facultativos que informan a instancias de la entidad aseguradora como el técnico que rubrica la propuesta de resolución concluyen que se actuó de manera correcta en cada una de las situaciones clínicas que presentó a lo largo de su proceso asistencial.

En definitiva, este Consejo ha de formar su criterio a la luz de las periciales incorporadas a las actuaciones, resultando que las imputaciones que vierte la interesada solo se sustentan en sus propias manifestaciones y en las de un perito que en ningún momento justifica la relación de causalidad entre la supuesta infección y las secuelas que presenta, lo que no es suficiente para tenerlas por ciertas, mientras que los demás informes técnicos obrantes en el expediente ponen de manifiesto que la actuación de los profesionales sanitarios se ajustó a los protocolos médicos aplicables, resultando conforme a la *lex artis*

ad hoc. Los daños reclamados ni siquiera se asocian a un concreto acto u omisión del servicio público sanitario, mostrándose consecuencia de la evolución de una patología abordada con los medios adecuados, por lo que la pretensión resarcitoria no puede ser acogida.

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

LA PRESIDENTA,