

Expediente Núm. 152/2006
Dictamen Núm. 169/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de septiembre de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 9 de junio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, por los daños sufridos como consecuencia de lo que califica de retraso diagnóstico e inadecuado tratamiento recibido en centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de junio de 2005, doña presenta, en el Registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia médica recibida en el Hospital

Inicia su escrito relatando que el día 24 de marzo de 2003 sufrió un accidente “consistente en caída casual de una escalera plegable cuando me encontraba en el negocio familiar que explotó con mi esposo (...)./ Fui atendida en urgencias por politraumatismos con diagnóstico de ‘fractura ramas isquileopubiana izquierda. Síndrome cervical’. Me prescribieron collarín blando, algunos fármacos y ‘reposo en cama dura y control por su MAD si precisa’, siendo remitida a mi domicilio sin internamiento”.

Prosigue afirmando que hubo de acudir de nuevo al centro hospitalario por “dolor intenso en cresta posterior ilíaca I el día 29 de marzo de 2003, y nuevamente se me ordena volver al domicilio y ‘reposo en cama dura si dolor intenso’, duplicando la dosis de calmantes del dolor”. Acudió de nuevo “los días 22 de mayo, 19 de junio, 10 de julio, 18 de septiembre y 2 de diciembre de 2003; 22 de enero de 2004 y 29 de julio de 2004. En la visita del 18 de septiembre de 2003, a seis meses de la fecha de la lesión, se consigna en el parte de visita hospitalaria ‘parece que no pegó del todo la # de rama...’. En la visita del 21 (sic) de diciembre de 2003 se consigna en la historia ‘TAC se observa fractura en iliaco D hasta sacroilíaca D, sin escalón articular. Fractura de sacro I parasagital sin compromiso articular...’. El 22 de enero de 2004 se consigna en la visita ‘veo algo de «callo»’. El 29 de julio de 2004 se indica ‘RX parece que unió’”.

Con fecha 20 de octubre de 2003, añade, “se había hecho la dicente privadamente radiografías de pelvis y un TAC de las articulaciones sacroilíacas en la clínica del Dr., prueba en la que aparecen lesiones hasta entonces no localizadas en la pelvis, la del sacro izquierdo con acabalgamiento de los fragmentos y la de la pala iliaca del otro lado, pruebas en las que se basó el dictamen de Traumatología del Hospital en la visita antes referida de fecha 2 de diciembre de 2003 (...). En términos semejantes se expresa el informe del Servicio de Radiodiagnóstico I de fecha 3 de agosto de 2004 con el siguiente comentario: ‘Secuela postraumática con antigua fractura a nivel de pala iliaca

derecha, en contacto con la articulación con una buena consolidación en el momento actual y zona de esclerosis./ Fractura de rama ilio-pubiana izda. Y dos fracturas de ramas isquiopubianas izdas, dos de las lesiones descritas presentan una ausencia de consolidación con pseudoartrosis./ Moderada afectación degenerativa en ambas articulaciones coxofemorales con discreta disminución de la anterior y articular y pequeñas geodas subcondrales´´.

Continúa diciendo que, “según informe del Dr. (...), doctor en Traumatología y Cirugía Ortopédica y Medicina del Trabajo, en informe emitido con fecha 16 de mayo de 2005: “La paciente ha sido diagnosticada de una fractura de pelvis con solución de continuidad del anillo pelviano en un solo punto. Este tipo de fracturas son estables y normalmente se tratan con reposo en cama durante 10-20 días, pudiendo reanudar una actividad normal entre 2 y 4 meses./ Pero la realidad es, como se ha demostrado por scanner a los 7 meses, que también tenía dos fracturas más asociadas, la del sacro homolateral y la de la pala iliaca del otro lado lo que configura una fractura con doble (triple) solución de continuidad del anillo pelviano, lesión que es inestable y que debería haber llevado pareja un tratamiento quirúrgico u ortopédico y que le ha dejado como secuelas una pseudoartrosis de la rama isquiopubiana izquierda con acortamiento del miembro inferior izquierdo de 1,5 cms. y dolores en región sacroilíaca izquierda que le obligan a caminar con una muleta y que por haberse cronicado, han debido ser tratados en la Unidad del Dolor donde considera el dolor crónico, difícil de controlar´´./ Además, continúa dicho doctor, “... la migraña que tenía superada hace seis años ha vuelto a aparecer y el vértigo, del que tenía 2 ó 3 procesos al año, se ha instaurado permanentemente por lo que debe tratarse de forma continua y aún así acaba de sufrir una caída con herida en la ceja izquierda que precisó de atención en el Servicio de Urgencias del Hospital´´ (...)./ “Y unas secuelas psíquicas derivadas del dolor permanente y de la impotencia funcional que la impiden trabajar y que han determinado en definitiva, un cambio radical de vida´´”.

A continuación alude al cuadro clínico reconocido por el Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y que se refiere en resolución de fecha 26 de mayo de 2004, por la que se declaró que la dicente no estaba afecta de incapacidad permanente. Si bien señala, que “interpuesta reclamación previa contra dicha resolución, la Dirección Provincial del INSS ha declarado con fecha 10 de diciembre de 2004 que procede `... demorar la calificación de incapacidad permanente y que en consecuencia procede prorrogar los efectos de la Incapacidad Temporal hasta el momento de dicha calificación...´ (...). Para ello se basa en que `... efectuado un nuevo examen del expediente a la vista del escrito de reclamación y de los informes aportados y teniendo en cuenta el dictamen-propuesta emitido por el Equipo de Valoración de Incapacidades, que esta Dirección Provincial acepta íntegramente, se pone de manifiesto que resulta aconsejable demorar la calificación de la incapacidad permanente, pues si tal como consta continua en seguimiento por Traumatología, puede afirmarse que continua la necesidad de tratamiento médico y que, dadas las características de las dolencias las cuales en este momento le impiden la reincorporación laboral, no son susceptibles de determinación objetiva ni previsiblemente definitivas, no se puede conocer aún la repercusión que puedan tener en su capacidad de trabajo´”.

Por todo ello entiende que “si bien en los últimos meses estoy sometida a tratamiento de rehabilitación, considero que mi estado es irreversible a los efectos de la responsabilidad de la Administración que se reclama en este escrito, sin perjuicio de la resolución que en definitiva adopte el INSS en su nueva calificación de mi estado”.

La reclamante, en definitiva, se considera afectada de una incapacidad permanente absoluta de la que considera responsable a la Administración “por un deficiente funcionamiento del Servicio de Salud, ya que mis lesiones no fueron adecuadamente diagnosticadas (pasaron desapercibidas las fracturas de sacro izquierdo y de la pala ilíaca derecha) ni tratadas con medios quirúrgicos y

ortopédicos que hubieran impedido la pseudoartrosis y artrosis de sacro irreversible que padezco, con dolor continuo incluso en reposo que me obliga a cambios de postura, necesidad de bastón inglés para deambular y otros trastornos asociados, como mareos, vértigos, migrañas insomnio y alteraciones psíquicas que han requerido y requieren asistencia y tratamiento continuo en el Centro del Dolor y en el Centro de Salud Mental”.

Por último, previa invocación del “sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación que viene siendo aplicado por los tribunales por su indudable valor orientativo”, solicita una indemnización por importe de ciento cincuenta y cuatro mil ochocientos cuarenta y un euros con treinta y cuatro céntimos (154.841,34 €), que desglosa de la siguiente manera:

“1) Por incapacidad temporal hasta 24 de junio de 2005, sin perjuicio de ulterior liquidación, 820 días improductivos por 47,28 euros diarios: 38.769,60 euros.

2) Por las secuelas que padezco en tres órdenes de lesiones:

a) Síndrome postraumático cervical, 8 puntos.

b) Fracturas de ramas pélvicas no consolidadas y que producen dolores, 18 puntos.

c) Trastorno del humor- trastorno depresivo reactivo, 10 puntos.

Aplicando la fórmula establecida en dicho sistema (anexo al citado RDL 8/2004) resulta una puntuación integrada de 33 puntos, y teniendo en cuenta la edad de la dicente resulta:

a) $33 \text{ puntos} \times 1058,75 = 34.938,75 \text{ euros}$.

b) Factor de corrección por perjuicios económicos ingresos 10% = 3.493,87 euros.

c) Factor de corrección incapacidad permanente absoluta 77.639,12 euros”.

Acompaña su reclamación de los siguientes documentos: copia de

informe del área de Urgencias del Hospital de 24 de marzo de 2003; escrito manuscrito fechado el 29 de marzo de 2003 relativo al tratamiento pautado; copia de la historia clínica de la reclamante de 22 de mayo de 2003 a 29 de julio de 2004; informe de radiólogo de 20 de octubre de 2003; TAC de cadera del Servicio de Radiodiagnóstico I de 3 de agosto de 2004; informe de especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica y Medicina del Trabajo, emitido con fecha 16 de mayo de 2005; informe del Área de Urgencias del Hospital de 23 de febrero de 2005; resoluciones de la Directora Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 12 de julio y 7 de diciembre de 2004, denegando la primera la prestación solicitada por la reclamante, y acordando la segunda la demora de la calificación de la incapacidad; informe médico de la Unidad de Dolor de 14 de Octubre de 2004, e informe de médico Psiquiatra de 21 de junio de 2005.

2. Mediante escrito de 7 de julio de 2005, notificado el día 12 del mismo mes, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará, informándole expresamente que será tramitado en dicho Servicio.

3. Con fecha 11 de julio de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital informe en relación con la reclamación presentada. Con la misma fecha se solicita de la Secretaría General del Hospital la remisión de la historia clínica de la reclamante.

4. Mediante escrito de 8 de julio de 2005 el Secretario General del Hospital, remite la siguiente documentación en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial en tramitación: ejemplar del parte de reclamación

del seguro de responsabilidad sanitaria y copia de la historia clínica obrante en el Hospital.

No obstante, en realidad se adjuntan únicamente dos informes de Consultas de Traumatología, de fechas 13 (*sic*) y 18 (*sic*) de julio de 2005.

En el informe emitido por el Jefe del Servicio con fecha 13 de julio de 2005 se formulan los siguientes comentarios y recomendaciones: "1° Se considera que la paciente ha recibido el tratamiento adecuado./ 2° Las lesiones residuales de las fracturas de ramas no deben ser consideradas como productoras de ningún tipo de invalidez./ 3° Las alteraciones en sus articulaciones coxo-femorales no tienen nada que ver con la caída, son degenerativas evolutivas".

En el informe de fecha 18 de julio de 2005 el facultativo firmante del mismo concluye: "1. Creo que el tratamiento a que ha sido sometida esta paciente ha sido el adecuado./ 2. Tanto el tratamiento de las ramas + el tratamiento del sacro + el tratamiento de pala iliaca, suele ser ortopédico./ 3. La paciente en el momento actual presenta una pseudoartrosis de la rama iliopubiana izda. que, en mi opinión, al ser una pseudoartrosis aislada de una sola rama, no es quirúrgica y, habitualmente, es bien tolerada".

5. Con fecha 4 de octubre de 2005 el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita del Servicio de Rehabilitación del Hospital informe acerca de la situación clínica a esa fecha de la paciente. Con la misma fecha solicita de la Dirección Médica del Hospital los estudios radiográficos obrantes en el historial clínico de la reclamante.

6. Con fecha 10 de octubre de 2005 se incorpora al expediente informe del Servicio de Consultas Med. Física y Rehabilitación, emitido con fecha 3 de octubre por médico adjunto del Servicio. En el mismo se pone de manifiesto que el alta de la paciente se produjo con fecha 30 de septiembre de 2005, así

como su escasa mejoría con el tratamiento recibido, teniendo que volver a la Unidad del Dolor, donde se le pauta tratamiento con más dosis; señala que la marcha de la paciente es claudicante precisando el uso de bastón, y que mantiene el dolor y el vértigo, siendo imposible la realización de cualquier trabajo por parte de la paciente.

7. Con fecha 18 de octubre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, después de recoger los antecedentes del caso y los medios de diagnóstico de este tipo de lesiones, analiza la actuación de la Administración Sanitaria, manifestando que “la reclamante fue diagnosticada en Urgencias, basándose en la clínica y en una radiografía de pelvis, de fractura de ramas isquio-ilio-pubiana izquierda, y tratada de forma conservadora con reposo, analgésicos y antiinflamatorios./ (...) En el curso evolutivo posterior se comprobó la existencia de una fractura de la pala ilíaca derecha, una fractura de la rama ilio-pubiana izquierda consolidadas, una fractura parasagital izquierda de sacro consolidada en discreto acabalgamiento y dos fracturas de la rama isquio-pubiana izquierda con pseudoartrosis. En conjunto estas fracturas no producían inestabilidad de la pelvis, como así demostraron los estudios de imagen realizados (TAC y RNM), por lo que no eran tributarias de tratamiento ortopédico ni quirúrgico”.

Entiende que “las secuelas que la enferma presenta actualmente -marcha claudicante que realiza ayuda de bastón, pseudoartrosis en rama isquio-pubiana izquierda, cervicalgia y síndrome vertiginoso, dolor crónico neuropático y trastorno adaptativo- no son consecuencia de un tratamiento inadecuado por parte del Servicio de Traumatología”.

Concluye que “al utilizar los recursos que en cada momento demandaba la patología de la reclamante, cabe considerar correcta y ajustada a la *lex artis* la asistencia médica recibida por ésta de cuantos profesionales del servicio

sanitario público intervinieron en su proceso asistencial y, siendo éste el criterio en el que la jurisdicción contencioso-administrativa se basa para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, debe concluirse que el Servicio de Salud del Principado de Asturias debe ser exonerado de toda responsabilidad en este orden”.

8. Con fecha 19 de octubre de 2005, se remite copia de lo actuado a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correduría de seguros.

9. El día 28 de noviembre de 2005 se emite informe médico, realizado colegiadamente por cuatro doctores Especialistas en Traumatología y Ortopedia, constando en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora. En el mismo, después de relatar los antecedentes del caso, que en nada difieren de los relatados en el Informe Técnico de Evaluación, y de realizar consideraciones médicas sobre diversos aspectos técnicos concurrentes, extraen las siguientes conclusiones:

“1. Paciente diagnosticada de una fractura de ramas ilio-isquiopubianas izquierdas tras sufrir una caída casual. Se instaura tratamiento ortopédico mediante reposo en cama y analgesia.

2. Pasa desapercibida una fractura del iliaco y del sacro, que se diagnostica a los 7 meses mediante TAC. El retraso en el diagnóstico no altera el pronóstico de la lesión ya que el tratamiento que se realizó es el mismo que se hubiera hecho si estas lesiones se hubieran diagnosticado en el momento inicial. Aunque es una lesión que rompe el anillo pélvico en dos puntos, no cumple ninguno de los criterios de inestabilidad antes citados (en ninguna de las rx simples que se realizan en los controles evolutivos en consultas externas se evidencia la lesión, eso indica que los fragmentos no están desplazados) y por lo tanto no está indicada la fijación quirúrgica. Queremos remarcar que el

reposo en cama y analgesia es el tratamiento ortopédico indicado para esta lesión.

3. El desarrollo de la pseudoartrosis de una de las fracturas de las ramas es una complicación que puede aparecer en la evolución de cualquier fractura. En general en esta localización no suelen dar sintomatología y por lo tanto no suele precisar un tratamiento quirúrgico para su resolución.

4. El acortamiento de 1,5 cms. que hace referencia el informe pericial emitido por el Dr., de existir (es en el único informe en el que se refleja), no puede atribuirse a una secuela de la fractura, ya que para que esto ocurriera sería necesario que una de las hemipelvis estuviera ascendida. En ese supuesto caso la lesión se hubiera diagnosticado por la radiología simple y no hubiera sido necesario recurrir al TAC para su diagnóstico. Además en el TAC se dice explícitamente que no existe escalón articular en la articulación sacroiliaca.

5. La secuela de dolor que padece es debida al tipo de lesión que presenta la paciente y no es consecuencia del tratamiento recibido, que como hemos comentado anteriormente es el indicado aunque se hubieran diagnosticado inicialmente las lesiones del complejo posterior de la pelvis”.

10. Mediante escrito de 14 de diciembre de 2005, notificado el día 22 del mismo mes, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, adjuntándole la relación de documentos obrantes en el mismo.

El día 4 de enero de 2006, la interesada se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de cincuenta y tres (53) folios, según diligencia incorporada al mismo.

11. Mediante escrito de 11 de enero de 2006 se formulan alegaciones por la

reclamante. En las mismas comienza por analizar los informes realizados por el Servicio de Traumatología del Hospital, manifestando:

“1) El informe emitido para este expediente con fecha 13 de julio de 2005 por el Jefe de Servicio no resiste un análisis lógico, y sus conclusiones, aparte de que son interesadas por tratarse de quien se trata, no se sostienen.

Llama la atención, en primer lugar, que se refiera a la prueba de RX y al TAC de 3 de agosto de 2004 para hacer referencia a secuelas sin hacer la menor mención al hecho, trascendental a juicio de la dicente, de que el Diagnóstico (1.- Fractura de ramas iliopubiana e isquiopubiana I. 2.-Moderada afectación degenerativa de ambas articulaciones coxofemorales) pasó por alto la existencia de otras fracturas que aparecen por primera vez en la historia clínica el 2 de diciembre de 2003 merced a la aportación por la dicente de un informe del TAC practicado privadamente (...).

Sobre los Comentarios y Recomendaciones que contiene el informe que se analiza, procede hacer algunos comentarios:

a) Difícilmente se puede admitir que se califique de `tratamiento adecuado´ el recibido por la dicente, que sufrió importantes lesiones que pasaron desapercibidas en la primera asistencia, tras la cual se le mandó a su domicilio y a quien no se le hizo ni una sola prueba de comprobación en muchos meses pese a sus insistentes manifestaciones de dolor agudo.

b) El facultativo que emite el informe, cuando dice que la dicente no está afecta de invalidez, no explica cómo se puede desarrollar una actividad remunerada con las secuelas que refiere en la prueba de RX, que la obligan a utilizar un bastón inglés para deambular. Tampoco explica ni justifica si es que a su juicio se puede desarrollar una actividad laboral con dolores continuos de carácter crónico que él mismo recoge al referirse a la Unidad del Dolor en su informe.

c) En cuanto a las alteraciones en las articulaciones coxofemorales no explica el informante qué repercusión tienen las fracturas sufridas en la

estabilidad de la cadera (aunque hubiera estado sana en el momento de la caída) y se limita a restar importancia a una gravísima dolencia que condiciona la vida de la dicente en sus aspectos más elementales de la vida diaria.

d) No parece muy apropiado al caso poner el seguimiento de tan grave situación en el control 'desde el primer momento por su médico de familia', lo que prueba, una vez más, la grave negligencia que aquí se ha producido desde el primer momento por parte de los especialistas.

2) El informe emitido con fecha 18 de julio de 2005 por el Médico Responsable recoge las breves anotaciones de la historia clínica que hemos aportado con nuestra petición inicial, pero son algunas llamativas omisiones que consideramos relevantes:

Al hacer referencia al TAC que aporta la paciente con fecha 2 de diciembre de 2003 (folio 13 del expediente) transcribe éste de forma parcial omitiendo el interesante dato del acabalgamiento de los fragmentos de la fractura del sacro, que en todo momento originó a la dicente importantes molestias nunca resultas por los facultativos.

También transcribe, solo parcialmente, el informe de TAC realizado el 3 de agosto de 2004; omite la existencia de esclerosis a nivel de la pala ilíaca derecha, y pasa por alto igualmente el estado de sus articulaciones coxofemorales (folio 14 del expediente).

Como se ve, el informe es una parcial transcripción del contenido de los folios 8 á 12 del expediente (historia clínica), y en ningún momento explica el por qué de lo ocurrido, es decir, el por qué a un enfermo con dolores agudos se le manda a su domicilio con antiinflamatorios y nadie decide hacerle pruebas objetivas en los días o semanas siguientes para encontrar la fuente de los intensos dolores que padecía. ¿Se creyó, tal vez, que la osteoporosis lo justificaba todo? Gravísimo error.

Sobre el apartado Comentario algunas observaciones:

a) En cuanto a que el tratamiento fue el adecuado, damos por

reproducido lo dicho anteriormente respecto al informe del Jefe de Servicio.

b) Que 'tanto el tratamiento de las ramas + más el tratamiento del sacro + más el tratamiento de la pala ilíaca suele ser ortopédico' es una afirmación huérfana de todo razonamiento o justificación, y si eso es lo que suele hacerse según la 'lex artis' (sobre ello discrepan otros facultativos no interesados en el caso) entonces falta una explicación razonada de los desastrosos resultados de este caso, que es lo que a la dicente le importa. ¿O se está admitiendo implícitamente que todos los enfermos que sufren las mismas lesiones quedan en el mismo estado que la dicente?

c) La conclusión final sobre el estado de la dicente es incompleta y no resiste una comparación con el informe obrante al folio 38, de la Médico Adjunto del Servicio de Rehabilitación. A éste nos remitimos en bloque porque no se puede decir mejor y más claro cuál es la situación actual de la dicente. Tampoco parece muy coherente dicha conclusión con el informe emitido por el mismo facultativo con fecha 1 de octubre de 2004, cuya copia adjunto."

En relación con el informe emitido por varios facultativos a instancias de la compañía aseguradora, manifiesta que "considerando que los facultativos firmantes de este informe beben de datos ajenos en cuanto a los hechos, nada aportan sobre la evolución de la enfermedad clínica, y sus consideraciones médicas, con todos los respetos, no pasan de ser una mera especulación sin conexión con la realidad concreta".

Se acompañan las alegaciones de los siguientes documentos: informe de 1 de octubre de 2004 de Consultas de Traumatología del Hospital, e informes de de dos especialistas en Psiquiatría de fechas 27 y 30 de diciembre de 2005.

12. Mediante sendos oficios de fecha 13 de enero de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora y a la correduría de

seguros.

13. Con fecha 19 de mayo de 2006, el instructor formula propuesta de resolución proponiendo “desestimar la reclamación” interpuesta por la interesada, razonando que “en el presente caso, la paciente asocia las secuelas que padece a un diagnóstico tardío de fractura de iliaco y del sacro. En un primer momento es diagnosticada de una fractura de ramas ilio-isquiopúbicas izquierdas, instaurándose así tratamiento ortopédico mediante reposo en cama y analgesia. La reclamante insiste en que el tratamiento no es el correcto puesto que estaba indicado a una lesión que ella no sufría, sin embargo, tal como estiman tanto el Médico Inspector y los especialistas de la Compañía Aseguradora, el tratamiento que se llevo a cabo es igualmente el recomendado para la fractura del iliaco y del sacro, diagnosticada con posterioridad./ El tratamiento ortopédico es el que procede en los casos de fracturas estables de pelvis y se materializa con métodos conservadores tales como el reposo en cama durante tres o cuatro semanas y luego deambulación con descarga parcial y analgésicos según la necesidad de cada paciente. Dentro de las fracturas de pelvis, aquellas que rompen el anillo pélvico en dos puntos se consideran inestables, es decir pueden desplazarse de forma secundaria en su evolución y por tanto requerir tratamiento quirúrgico, cuando cumplen ciertos requisitos./ Pues bien, la fractura de iliaco y del sacro, que es precisamente la que padece la reclamante, no cumple dichos requisitos, no puede ser tildada de fractura inestable y por tanto el tratamiento recomendado es el que se le instauró desde un primer momento: tratamiento ortopédico conservador”.

Considera que tanto para los especialistas en cirugía ortopédica de la Compañía Aseguradora, como para el Médico Inspector “no existe nexo causal alguno entre el tratamiento instaurado y las secuelas que presenta la reclamante, puesto que el mismo era el indicado para la patología que presentaba la reclamante. Debe considerarse así, correcta y ajustada a la lex

artis ad hoc la asistencia médica recibida por la misma de cuantos profesionales del servicio público intervinieron en su proceso asistencial”.

Por último, con respecto al acortamiento de 1'5 cm. al que hace referencia el informe pericial aportado por la reclamante como secuela, “que el informe de los peritos concluye que:/ `De existir (ese es el único informe en el que se refleja), no puede atribuirse a una secuela de la fractura, ya que para que esto ocurriera sería necesario que una de las hemipelvis estuviera ascendida. En ese supuesto caso la lesión se hubiera diagnosticado por la radiología simple y no hubiera sido necesario recurrir al TAC para su diagnóstico. Además en el TAC se dice explícitamente que no existe escalón articular en la articulación sacroiliaca `”.

En conclusión, dice “se realizaron las pruebas indicadas en cada momento sin poderse observar hasta la realización del TAC las que pasaron desapercibidas inicialmente. En cualquier modo ha quedado obviado que el tratamiento de las fracturas no diagnosticadas al principio es el mismo que el que se le aplicó a la paciente sin que procediera intervenir quirúrgicamente y que por tanto las secuelas que presenta la paciente no son indemnizables como consecuencia de la responsabilidad patrimonial que alega la reclamante”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de junio de 2006, registrado de entrada el día 13 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 de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 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 establecido 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, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo dispuesto en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, 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 determinación del alcance de las secuelas". En el presente caso, la reclamación se presenta con fecha 24 de junio 2005, constando en el expediente que el alta médica se produjo el día 30 de septiembre de 2005, por lo que es claro que fue aquella presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo que rige 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, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). 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 de Responsabilidad Patrimonial, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria. En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, trámite de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo. Ciertamente, se ha comunicado a la reclamante la incoación del procedimiento y las normas de aplicación al mismo -en las que consta el plazo máximo para notificar la resolución expresa y los efectos de su transcurso sin que se haya producido dicha notificación-, por lo que con una interpretación flexible cabría entender efectuada indirectamente la comunicación de dichos extremos, pero no se le ha indicado la fecha de recepción de su reclamación en el registro del órgano competente para su

tramitación, es decir, la fecha desde la cual se contará el plazo máximo en que debe notificarse la resolución expresa de dicha reclamación.

Además, se observa que, pese a la petición expresa efectuada por el Servicio que instruye el procedimiento, no ha sido aportada por la Secretaría General del Hospital copia íntegra de la historia clínica de la paciente, o al menos no consta en el expediente remitido, pese a que en el escrito de 8 de julio de 2005, al que se adjunta la remisión del correspondiente parte al seguro, se dice que se acompaña; tampoco se han incorporado los estudios radiográficos obrantes en el historial clínico, solicitados el día 4 de octubre de 2005. No obstante la falta de la historia clínica y de otra documentación solicitada, no consideramos necesario, en este caso, la aplicación de lo dispuesto en el artículo 42.1 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, para el caso de que juzgáramos incompleto el expediente, ya que la documentación omitida se suple con la aportada por la propia reclamante.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. En efecto, recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias, el día 24 de junio de 2005, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 13 de junio de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido rebasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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, ya citada, dispone 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 establece 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) la efectiva realización de un daño o lesión antijurídica, 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.- Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, considerando que las lesiones que padece no fueron adecuadamente diagnosticadas, al pasar desapercibidas durante varios meses las fracturas de sacro izquierdo y de la pala ilíaca derecha. Considera, además, que el tratamiento no fue el procedente, al no ser tratadas las lesiones con los medios quirúrgicos y ortopédicos que hubieran impedido las secuelas que presenta (pseudoartrosis y artrosis de sacro irreversible, con dolor continuo, necesidad de bastón inglés para deambular y otros trastornos asociados, como mareos, vértigos, migrañas insomnio y alteraciones psíquicas que han requerido y requieren asistencia y tratamiento continuo). En definitiva, imputa la interesada a la Administración sanitaria la existencia de un retraso diagnóstico y de un inadecuado tratamiento por parte de los facultativos del Servicio de Traumatología del Hospital que la atendieron.

Pues bien, comprobada la realidad de las lesiones (que acreditan los informes médicos incorporados al expediente), procede que analicemos el nexo causal que pudiera, en su caso, existir entre aquéllas y el funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario.

Con carácter previo, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra 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"*. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su

caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que éste sea exacto- de los síntomas manifestados. Es decir, el paciente no tiene derecho en la fase de diagnóstico a un resultado, sino a que se le apliquen, en atención a sus dolencias, las técnicas precisas disponibles y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

En apoyo de su argumentación aporta la interesada diversos informes médicos, entre ellos el realizado el 20 de octubre de 2003 por un radiólogo tras exploración mediante radiografía de pelvis y TAC de las articulaciones sacroilíacas, en los que se aprecian “lesiones hasta entonces no localizadas en la pelvis, la del sacro izquierdo con acabalgamiento de los fragmentos y la de la pala iliaca del otro lado”. Considera la interesada que son estas pruebas realizadas privadamente y el informe referido las que sirvieron de base para “el dictamen de Traumatología del Hospital en la visita (...) de 2 de diciembre de 2003”.

Aporta, asimismo, un informe realizado con fecha 16 de mayo de 2005, por un especialista en Traumatología, Cirugía Ortopédica y Medicina del Trabajo, en el que después de exponer el diagnóstico inicial (fractura de pelvis con solución de continuidad del anillo pelviano en un solo punto) se señala que, en realidad, “tenía dos fracturas más asociadas (...), la del sacro homolateral y la de la pala iliaca del otro lado, lo que configura una fractura con doble (triple) solución de continuidad del anillo pelviano, lesión que es inestable y que debería haber llevado pareja un tratamiento quirúrgico u ortopédico”.

Del contenido de los informes reseñados y del resto de documentación aportada deduce la reclamante que existió un diagnóstico inicial parcial de sus lesiones, que no se completó hasta varios meses después, y, en consecuencia, un tratamiento inadecuado al cuadro clínico que presentaba, que hubiera requerido, como señala el informe médico transcrito, un tratamiento quirúrgico y ortopédico y no un tratamiento conservador como el que se le aplicó.

Consecuencia de todo ello serían las lesiones físicas y psíquicas que ha de soportar.

Con respecto al retraso en el diagnóstico alegado, ninguna justificación se ofrece en los informes emitidos durante la tramitación del procedimiento. No obstante, el informe suscrito por el Inspector de Prestaciones Sanitarias se refiere al manejo inicial de los pacientes politraumatizados, señalando que la anamnesis detallada “da un alto índice de sospecha del tipo de lesiones que nos podemos encontrar”, haciendo referencia a los diferentes aspectos que han de observarse durante la misma. Indica asimismo que “la radiografía simple detecta el 90 % de todas las fracturas pelvianas”, y que “también puede emplearse el TAC para el diagnóstico de fracturas ocultas del sacro y obtener información completa de fracturas acetabulares y cuerpos libres intraarticulares”, lo que permite “planificar la técnica quirúrgica y evaluar la calidad de la reducción operatoria”.

A la vista de lo expuesto, resulta evidente que la Administración sanitaria no utilizó en un primer momento todos los medios de diagnóstico posibles para un caso como el que presentaba la reclamante. Tal como se señala en el informe del Inspector, si bien la anamnesis adecuadamente realizada da un alto índice de sospecha de las lesiones que se pueden encontrar, la posterior concreción de esas sospechas a través de pruebas radiológicas no permite detectar todas las fracturas pelvianas, sino un 90% de ellas. Al haberse limitado los medios de diagnóstico a los expuestos, y no constando en el expediente la razón de no haber utilizado otros disponibles (TAC), la Administración, en principio, habría de asumir las consecuencias, si las hubiera habido, del limitado diagnóstico inicial realizado a la reclamante.

Ahora bien, aun admitiendo el retraso en el diagnóstico completo de las lesiones de la reclamante, hemos de valorar si esta dilación ha sido la causa de las secuelas que ahora padece la interesada y de las que deriva la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada. Para ello es preciso examinar el

tratamiento utilizado, valorando si el inicialmente pautado era el adecuado o si debió modificarse una vez que se detectó la existencia de nuevas lesiones, tal como sostiene la reclamante amparándose en el informe pericial antes reseñado.

Los informes emitidos por el Servicio de Traumatología consideran adecuado el tratamiento pautado en todo momento, pues, a su juicio, para lesiones como las que presentaba la interesada el tratamiento suele ser ortopédico. En términos más categóricos se pronuncian los informes del Inspector de Prestaciones Sanitarias y de los facultativos que colegiadamente emiten informe a solicitud de la compañía aseguradora. En efecto, en el primero de los informes citados, el Inspector sostiene que, si bien el diagnóstico inicial no consiguió evidenciar todas las fracturas producidas, éstas “no producían inestabilidad de la pelvis, como así demostraron los estudios de imagen realizados (TAC y RNM), por lo que no eran tributarias de tratamiento ortopédico ni quirúrgico (...), por tanto el tratamiento indicado tanto en un principio como en la evolución posterior era conservador”, concluyendo que “las secuelas que la enferma presenta actualmente -marcha claudicante que realiza ayudada de bastón, pseudoartrosis en rama isquio-pubiana izquierda, cervicalgia y síndrome vertiginoso, dolor crónico neuropático y trastorno adaptativo- no son consecuencia de un tratamiento inadecuado por parte del Servicio de Traumatología”.

De igual modo, en el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, los facultativos firmantes dicen que “el retraso en el diagnóstico no altera el pronóstico de la lesión ya que el tratamiento que se realizó es el mismo que se hubiera hecho si estas lesiones se hubieran diagnosticado en el momento inicial”. Con respecto a la estabilidad de la lesión, señalan que aunque es una lesión que rompe el anillo pélvico en dos puntos, “no cumple ninguno de los criterios de inestabilidad antes citados (en ninguna de las rx simples que se realizan en los controles evolutivos en consultas externas se

evidencia la lesión, eso indica que los fragmentos no están desplazados) y por lo tanto no está indicada la fijación quirúrgica". Remarcan a continuación que "el reposo en cama y analgesia es el tratamiento ortopédico indicado para esta lesión". Por último, en cuanto a la secuela de dolor que padece la reclamante, consideran que deriva del tipo de lesión que presenta la paciente y "no es consecuencia del tratamiento recibido, que como hemos comentado anteriormente es el indicado aunque se hubieran diagnosticado inicialmente las lesiones del complejo posterior de la pelvis". Con respecto al acortamiento de 1,5 centímetros a que hace referencia el informe pericial aportado por la reclamante, entienden que tampoco "puede atribuirse a una secuela de la fractura, ya que para que esto ocurriera sería necesario que una de las hemipelvis estuviera ascendida. En ese supuesto caso la lesión se hubiera diagnosticado por la radiología simple y no hubiera sido necesario recurrir al TAC para su diagnóstico. Además en el TAC se dice explícitamente que no existe escalón articular en la articulación sacroiliaca".

Por todo lo expuesto, a juicio de este Consejo, si bien se aprecia el retraso alegado por la reclamante en el diagnóstico practicada por el Servicio de Traumatología del Hospital, no cabe estimar la existencia de nexo causal entre la actividad de la Administración y los daños alegados, toda vez que el tratamiento que se le aplicó a la reclamante, conservador y no quirúrgico, era adecuado al carácter estable de las lesiones observadas en un momento posterior al diagnóstico inicial. En este sentido se pronuncian tanto los informes del Servicio de Traumatología del Hospital, como el Informe Técnico de Evaluación, y el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, coincidentes en el carácter estable de las lesiones, contradiciendo expresamente la inestabilidad de las mismas en que se funda el informe pericial aportado por la reclamante.

No puede deducirse, por tanto, que el tratamiento dispensado fuera incorrecto, ya que resultó ajustado a la "*lex artis ad hoc*", de modo que las

secuelas que en este momento padece la reclamante no derivan, en una relación de causa a efecto, de la actuación de los servicios médicos cuestionada, sino que nos encontramos ante consecuencias propias de la evolución de la enfermedad, por lo que al faltar el nexo causal y la imprescindible antijuridicidad de los daños alegados resulta inviable imputar tales perjuicios a la Administración sanitaria y estimar la reclamación patrimonial presentada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña

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.