

Expediente Núm. 302/2006
Dictamen Núm. 6/2007

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 1 de febrero de 2007, 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 17 de noviembre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, en nombre y representación de doña, como consecuencia de lo que califica como negligencia con error de diagnóstico en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de abril de 2006, tiene entrada en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don, en nombre y representación de doña, en relación con la asistencia sanitaria recibida por su representada en el Hospital

Inicia su escrito relatando que el día 18 de agosto de 2005 la reclamante

sufrió “una caída, con fuertes dolores de pie, edema y hematoma, acudiendo al Servicio de Urgencias del Hospital y siendo diagnosticada de esguince de tobillo tras realización de Rx de tobillo donde no aprecian fractura./ Se le vendaron el pie y recomienda reposo y tenerlo en alto, tras lo cual se esperaba pudiera realizar vida normal”.

Continúa diciendo que, “como quiera que la lesionada se encontraba en período vacacional, al incorporarse al trabajo el 1-septiembre-05 (...), ante la persistencia de los dolores y empeoramiento de la sintomatología, se le practica una Rx donde le descubren fractura de diáfisis del 5º metatarsiano de pie derecho, oblicua y ligeramente desplazada”.

Por lo expuesto, entiende que “la culpa, por negligencia con error de diagnóstico, es clara, pues dada la sintomatología, era de esperar que la lesionada tuviera afectado algún dedo del pie, por lo que debió realizarse la Rx del pie completo en vez de sólo del tobillo, donde se habría descubierto a tiempo la fractura y tratada convenientemente”.

En lo que se refiere al *quantum* de la indemnización solicitada, estima la interesada que “en lugar de los 40 días (25 improductivos, 15 curativos) que en condiciones normales (de haber sido detectada a tiempo la fractura) habría tardado en curar (...), sin secuelas, la lesionada tardó (...) 138 días (60 improductivos, hasta el alta laboral el 17 de octubre) y otros, 78 días, hasta que terminó rehabilitación el 3 de enero del 2006”. Continúa diciendo, “que restando a los días realmente empleados en la curación, los días que teóricamente habría tardado en curar de haber detectado la lesión a tiempo, resulta el período curativo que es consecuencia de la negligencia médica de error de diagnóstico: 35 días improductivos (portó bota de yeso durante cinco semanas) y 63 curativos (hasta fin rehabilitación)”.

Añade que, “además, le quedan secuelas que en caso contrario no habría tenido, y que son consecuencia del retraso en el diagnóstico, que motivó que la fractura, por no ser diagnosticada a tiempo, no consolidara antes ni lo hiciera bien: algias residuales en el pie, amén de un ligero perjuicio estético dinámico (no estático) manifestado en la molestia al realizar deportes, caminar

por terrenos más o menos irregulares, pedestaciones prolongadas y dificultad para el uso de zapatos con tacón”.

Por ello, “usando análogamente el baremo de daños en tráfico (Ley 34/2003) con precios vigentes en 2006 (Resolución Dirección General de Seguros del 24-enero-06)”, solicita tres mil trescientos setenta y nueve euros con veinticinco céntimos (3.379,25 €) en razón de 35 días impeditivos y 63 curativos, así como seis mil novecientos noventa y seis euros con seis céntimos (6.996,06 €) por las secuelas (metatarsalgia inespecífica: 3 puntos y perjuicio estético ligero: 6 puntos). A la cantidad resultante añade “los gastos de rehabilitación y tickets de taxi por traslados, que suman, respectivamente, 429 y 46,3 euros”. La suma total reclamada asciende a diez mil ochocientos cincuenta euros con sesenta y un céntimos (10.850,61 €).

Acompaña los siguientes documentos:

a) Informe del Área de Urgencias del Hospital, fechado el 18 de agosto de 2005, en el que se diagnostica a la reclamante un “esguince de tobillo”.

b) Parte de comparecencia, el día 10 de noviembre de 2005, en el Servicio de Atención al Usuario, en el que la interesada pone de manifiesto que, pese al diagnóstico inicial del Área de Urgencias, “pasados quince días, una semana después de quitar el vendaje. El pie está morado y muy hinchado, con fuertes dolores./ Acudo al traumatólogo de la mutua en que trabajo actualmente y tras hacerme una radiografía me diagnostica rotura 5º metatarsiano desviada. La cual le pasó inadvertida al médico de urgencia”. Por ello, dice que “espero una respuesta al respecto pues a día (de) hoy todavía no me ha consolidado el hueso, la fractura aún está ligeramente desviada, sigo pagando un fisioterapeuta. Además de las 6 semanas de baja en mi empresa. Con todo lo que esto conlleva”.

c) Informe emitido por el doctor colegiado de la mutua y del que no consta fecha, en el que se diagnostica a la reclamante, tras la realización de Rx, de una “fractura oblicua ligeramente desplazada de diáfisis del 5º metatarsiano del pie dcho.”

d) Informe médico, emitido por traumatólogo de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, fechado el 25 de enero de 2006, en el que se señala que la reclamante fue “diagnosticada inicialmente de esguince de tobillo derecho, posteriores estudios demostraron existencia de una fractura de tercio distal de 5º metatarsiano de pie derecho”, señalando el tratamiento consistente en “inmovilización mediante vendaje inicialmente y posterior bota de yeso durante 5 semanas./ Rehabilitación”. En cuanto a la evolución de la lesión, indica el informante que “la paciente ha continuado protocolo habitual en este tipo de lesiones, manteniendo en la actualidad algias residuales”.

e) Parte médico de alta de incapacidad temporal, de 17 de octubre de 2005, en el que consta como fecha de baja el día 1 de septiembre.

f) Factura global de, sin fecha, relativo a 20 facturas parciales datadas entre el 4 de noviembre de 2005 y el 3 de enero de 2006, por un importe total de cuatrocientos veintinueve euros (429 €), en concepto de consulta médica y 19 sesiones de fisioterapia.

g) Nueve tickets de taxi, emitidos entre los días 5 de septiembre y 14 de octubre de 2005, por un importe conjunto de cuarenta y seis euros con treinta céntimos (46,30 €).

2. Mediante escrito de 21 de abril de 2006, notificado el día 2 de mayo, el Servicio instructor comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio, así como los efectos del silencio administrativo una vez transcurrido el plazo que se señala. Asimismo, se le indica que dispone de 10 días “para acreditar su capacidad de representación en el procedimiento (...), con la advertencia de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su reclamación”.

3. Con fecha 19 de abril de 2006, la Secretaría General del Hospital remite al Servicio instructor copia de la reclamación presentada, parte de reclamación

al seguro de responsabilidad sanitaria, de fecha 19 de abril de 2006 y copia de la historia clínica de la paciente.

Dentro de la historia clínica aparece incorporado un escrito del Jefe del Servicio de Urgencias, datado el 21 de noviembre de 2005, en el que se contesta al requerimiento efectuado por la interesada en su comparecencia del día 10 del mismo mes. En él se pone de relieve que “no se desprende de la historia clínica que usted haya referido dolor y molestias en el pie derecho, motivo por el cual la exploración y el estudio radiológico se dirigió al lugar anatómico donde usted presentaba molestias y donde, a juzgar por los hallazgos en la exploración, había sufrido daños”.

4. Con fecha 28 de abril de 2006, la Secretaría General del Hospital remite copia del informe facilitado por el Jefe del Servicio de Urgencias que atendió a la reclamante.

El informante manifiesta que la paciente “fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital el día 18 de agosto de 2005, refiriendo dolor en tobillo derecho por accidente casual./ La referencia de dolor en tobillo, los hallazgos de tumefacción a ese nivel, la exploración compatible con tobillo doloroso con deambulación conservada y la ausencia de referencias a dolor en pie, dirigió la exploración radiológica a esa zona./ Esta pudo ser la causa de no detectar clínicamente la posibilidad de lesión en el 5º metatarsiano del pie derecho”.

5. Con fecha 3 de mayo de 2006, 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, analiza la actuación de la Administración sanitaria, llegando a la conclusión de que “el hecho de que la paciente refiriese dolor en el tobillo, tumefacción y un hematoma en esa zona hicieron que en ella se centrara la exploración y atención médica dispensada, sin que se haya producido una conducta negligente o ajena a la lex artis por parte de los facultativos que atendieron a la reclamante”. Entiende que la

reclamación debe ser desestimada, ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*.

6. Con fecha 5 de mayo de 2006, se remite copia de lo actuado a la correduría de seguros y a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

7. El día 10 de mayo de 2006 comparece personalmente la reclamante ante funcionario público, declarando que don “....., con DNI (...) posee capacidad de representación suficiente para formular dicha solicitud, entablar recursos, desistir de acciones o renunciar a derechos en su nombre, en el presente procedimiento”.

8. Sin que conste fecha de recepción en el Servicio instructor, se ha incorporado un informe, de 2 de agosto de 2006, realizado colegiadamente por cuatro doctores especialistas en Traumatología y Ortopedia, señalando la propuesta de resolución que ha sido emitido a instancia de la compañía aseguradora. En él, después de relatar los antecedentes del caso, se concluye lo siguiente: “1.- Paciente diagnosticada a las 2 semanas de una fractura diafisaria del 5º metatarsiano del pie./ 2.- Inicialmente el estudio de la lesión con pruebas de imagen se centra en la articulación del tobillo, ya que la paciente refería toda la sintomatología en dicha zona. Probablemente el esguince del que fue diagnosticada inicialmente existía y la sintomatología asociada a éste enmascaró la (...) de la fractura. El mecanismo de producción de ambas lesiones es el mismo (inversión del tobillo-pie) y lo que determina una u otra es la intensidad./ 3.- El retraso diagnóstico no ha influido en la evolución posterior de la lesión. El que la paciente no precisara reducción en el momento del diagnóstico indica que la fractura estaba dentro de los límites de desplazamiento tolerable. La inmovilización con botín de yeso pretende controlar el dolor y evitar desplazamientos secundarios. Si se hubiera inmovilizado desde el principio lo único que la paciente hubiera conseguido es

retirar la inmovilización una o dos semanas antes, pero la recuperación funcional posterior (...) hubiera sido, con casi toda seguridad, igual a la que ha tenido, es decir, mismo o similar periodo de rehabilitación, posibilidad de dolor residual, etc., ya que esto viene determinado en este caso por las características de la lesión y del paciente./ 4.- En ninguno de los informes realizados se recoge que la fractura haya consolidado en posición viciosa, lo que confirma aún más que el retraso diagnóstico no haya influido en el resultado final./ 5.- Sólo si se hubiera producido una consolidación viciosa, situación que no se ha dado en este caso, las complicaciones que sufre la paciente al final del tratamiento podrían atribuirse parcialmente a un tratamiento inicial inadecuado”.

9. Con fecha 18 de septiembre de 2006 se notifica a la interesada la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, adjuntándole la relación de documentos obrantes en él.

10. El día 25 de septiembre de 2006, el representante de 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 cuarenta y un (41) folios, según consta en diligencia incorporada al efecto.

No figura en el expediente la formulación de alegaciones, lo que se pone de manifiesto a la compañía aseguradora con fecha 25 de octubre de 2006.

11. Con fecha 27 de octubre de 2006, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación. Razona que, frente a la argumentación de la reclamante, “la asistencia prestada a la paciente fue correcta y adaptada a los criterios establecidos por la lex artis. Se le diagnosticó un esguince que se trató con antiinflamatorios y vendaje durante siete días indicándosele control por su médico de cabecera. A los quince días acudió a los servicios médicos ajenos al SESPA sin que conste haber vuelto al Hospital ni a su médico. El hecho de que la paciente refiriese dolor en el

tobillo, tumefacción y un hematoma en esa zona hicieron que en ella se centrara la exploración y atención médica dispensada, sin que se haya producido una conducta negligente por parte de los facultativos que atendieron a la reclamante". Por todo ello entiende que no concurre nexo causal, ajustándose la actuación médica a los parámetros de la *lex artis ad hoc*.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de noviembre de 2006, registrado de entrada el día 21 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, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, 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 establecido 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 la determinación del alcance de las secuelas”. En el procedimiento que examinamos, la reclamación se presenta con fecha 3 de abril de 2006, no habiéndose producido el alta médica de la reclamante hasta el día 17 de octubre de 2005, si bien continuó la rehabilitación hasta el día 3 de enero de 2006, por lo que es claro que lo fue 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, observamos 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. Presentada la reclamación el día 3 de abril de 2006, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 21 de noviembre de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. Ello no impide, no obstante, la resolución del procedimiento, 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 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, ya citada, 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.- Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, considerando que en el diagnóstico inicial que le fue realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital pasó desapercibida una fractura del 5º metatarsiano del pie derecho, que no fue adecuadamente diagnosticada hasta quince días después, ya en la sanidad privada. Esta demora originó, a su juicio, la existencia de secuelas que “son consecuencia del retraso en el diagnóstico, que motivó que la fractura (...) no consolidara antes ni lo hiciera bien”, y que concreta en “algias residuales en el pie, amén de un ligero perjuicio estético dinámico (no estático) manifestado en la molestia al realizar deportes, caminar por terrenos más o menos irregulares, pedestaciones prolongadas y dificultad para el uso de zapatos con tacón”.

Pues bien, comprobada la realidad de la lesión (que acreditan los informes médicos aportados al expediente por la reclamante), procede que

analicemos el nexo causal que pudiera, en su caso, existir entre aquella 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 adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que éste sea exacto- de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento, pero no a un resultado concreto.

En apoyo de su argumentación, aporta la interesada dos informes médicos en los que se pone de manifiesto el hecho de que, en los estudios posteriores al diagnóstico primeramente realizado de esguince de tobillo derecho, se demostró la existencia de una fractura de tercio distal del 5º metatarsiano del mismo pie derecho. Se informa, igualmente, que el tratamiento pautado consistió en "inmovilización mediante vendaje inicialmente y posterior bota de yeso durante 5 semanas./ Rehabilitación". Ningún juicio se emite en dichos documentos acerca del diagnóstico efectuado en el Servicio de Urgencias del Hospital; no obstante, la interesada manifiesta que, dada la sintomatología que padecía en el momento de ser atendida, era de esperar que tuviera afectado algún dedo del pie, por lo que "debió realizársele la Rx del pie

completo en vez de sólo del tobillo, donde se habría descubierto a tiempo la fractura y tratada convenientemente”.

Por el contrario, en los distintos informes aportados por la Administración es distinta la valoración efectuada del diagnóstico de esguince de tobillo. El Jefe del Servicio de Urgencias, en informe emitido con fecha 27 de abril de 2006, en sentido similar a lo que ya había puesto de manifiesto a la interesada en escrito de 21 de noviembre de 2005, afirma que, en el momento de ser atendida, la paciente sólo refirió dolor en tobillo derecho por accidente casual. Dada esa referencia, “los hallazgos de tumefacción a ese nivel, la exploración compatible con tobillo doloroso con deambulación conservada y la ausencia de referencias a dolor en pie”, la exploración radiológica se dirigió a esa zona, en la que, según se manifiesta en el referido escrito de noviembre de 2005, “a juzgar por los hallazgos de la exploración, había sufrido daños”; circunstancia ésta que, entiende, “pudo ser la causa de no detectar clínicamente la posibilidad de lesión en el 5º metatarsiano del pie derecho”. La misma opinión manifiesta en su informe técnico de evaluación el Inspector de Prestaciones Sanitarias.

Por su parte, los facultativos que colegiadamente emiten informe a solicitud de la compañía aseguradora son mas categóricos con respecto a la información previa al diagnóstico facilitada por la interesada. Consideran que “el estudio de la lesión con pruebas de imagen se centra en la articulación del tobillo, ya que la paciente refería toda la sintomatología en dicha zona”, afirmando que “probablemente el esguince del que fue diagnosticada inicialmente existía y la sintomatología asociada a éste enmascaró la (...) de la fractura” y que el “mecanismo de producción de ambas lesiones es el mismo y lo que determina una u otra es la intensidad”.

A la vista de lo razonado, resulta evidente que no cabe imputar a la Administración sanitaria la demora en el diagnóstico de la fractura padecida por la interesada, toda vez que es la información facilitada por ésta la que motiva que los métodos utilizados para alcanzarlo se centraran en la dolencia referida, que, además, tal y como se señala en el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora, probablemente existía, coincidiendo con lo manifestado

por el Jefe del Servicio que atendió a la reclamante.

Sin perjuicio de lo expuesto, que conduciría ya a la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, resulta que, aun admitiendo que el retraso en el diagnóstico de la lesión en el 5º metatarsiano del pie fuera imputable a la Administración, tampoco sería posible atribuir a ésta la responsabilidad que pretende la reclamante. En este hipotético caso habría de valorarse si la dilación ha sido la causa de las secuelas que ahora dice padecer 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 la fractura, tal como sostiene la reclamante.

En este punto, el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora también es categórico, afirmando que “el retraso diagnóstico no ha influido en la evolución posterior de la lesión. El que la paciente no precisara reducción en el momento del diagnóstico indica que la fractura estaba dentro de los límites de desplazamiento tolerable. La inmovilización con botín de yeso pretende controlar el dolor y evitar desplazamientos secundarios. Si se hubiera inmovilizado desde el principio, lo único que la paciente hubiera conseguido es retirar la inmovilización una o dos semanas antes, pero la recuperación funcional posterior de la lesión hubiera sido, con casi toda seguridad, igual a la que ha tenido, es decir, mismo o similar periodo de rehabilitación, posibilidad de dolor residual, etc., ya que esto viene determinado en este caso por las características de la lesión y del paciente”. A lo que añaden que “en ninguno de los informes realizados se recoge que la fractura haya consolidado en posición viciosa”, entendiéndose que sólo en este caso cabría atribuir “parcialmente” las complicaciones de la paciente a un tratamiento inicial inadecuado.

En razón de lo expuesto, consideramos que no queda acreditada una actuación del profesional médico que atendió a la paciente contraria al buen quehacer facultativo o disconforme con la *lex artis*, pues tanto su actuación como las pruebas realizadas se ajustaron a la sintomatología manifestada por la paciente, sin que, por otro lado, el tratamiento pautado hasta la apreciación de

la fractura tuviera incidencia alguna en las secuelas que dice padecer la reclamante y en la prolongación de la curación, sino que unas y otra son consecuencias propias de la evolución de la fractura padecida. Por ello, al faltar el nexo causal y la imprescindible antijuridicidad de los daños alegados, resulta inviable imputar tales perjuicios a la Administración sanitaria y no cabe estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

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 don, en nombre y representación de 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.