

Expediente Núm. 171/2011
Dictamen Núm. 341/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 17 de noviembre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de junio de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos tras ser atropellada en el vestíbulo de un centro hospitalario público y a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 8 de noviembre de 2010, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de lo que estima un anormal funcionamiento del servicio público sanitario.

Inicia su relato refiriendo que el día 25 de febrero de 2009 acude al Hospital, a una consulta en el Servicio de Digestivo, cuando, “concluida la misma y en el hall de dicho hospital, es atropellada por atrás, por un carro conducido por un operario de ese hospital”, produciéndose “contusiones en

ambas piernas a nivel de gemelos y tobillo derecho”, quedando “semitendida en el suelo es ayudada a levantarse por varias personas causándole hematomas en el brazo izquierdo”. Ante los “fuertes dolores y la imposibilidad de caminar” se persona en “el Servicio de Urgencias”, “allí es atendida por el Servicio de Traumatología donde se le realizan radiografías y se le hace un examen en la pierna que refería más dolor”, prescribiéndole “reposo durante dos o tres días, y tener la pierna elevada. Si refiere dolor, paracetamol”.

Transcurridos “varios días, los dolores en el pie no cesan”, de manera que el día 3 de marzo de 2009, acude de nuevo al Servicio de Urgencias y tras ser examinada se le diagnostica “esguince en tobillo derecho de grado II”, y se le coloca “una férula durante quince días” para la “inmovilización total del tobillo”. Esa misma semana, “observa en su brazo izquierdo unos hematomas” que inmediatamente relaciona con “el momento en que es ayudada” a “levantarse tras el incidente”; puesto que le “es imposible caminar”, acude a su domicilio un médico de su centro de salud, quien le retira la férula el día 18 de marzo de 2009. Dado que a la “palpación sigue refiriendo dolor”, se le recomienda “la realización de ejercicios” y la “aplicación de agua caliente con sal”. Puesto que persistían “las molestias” y las “dificultades para caminar”, en el mes de agosto de 2009, la reclamante acude al Servicio de Traumatología del Hospital, realizándosele una resonancia magnética el día 30 de noviembre de 2009. Ante el resultado de la misma y previa realización de una radiografía, es “derivada al Servicio de Rehabilitación”, donde se la recibe “el día 22 de enero de 2010”, comenzando la rehabilitación el día 3 de marzo de 2010, consistiendo en “baños de parafina y ejercicios de tonificación” durante quince días. El día 18 de marzo, “ante la escasa evolución de la lesión”, la especialista decide sustituir los baños por “sesiones de láser”, por lo que diariamente acude a las mismas entre “el 30 de marzo y 21 de abril” fecha esta última en la que de nuevo se recomienda “nuevas sesiones” entre el “26 de abril y el 4 de mayo de 2010”, momento en el que la especialista solicita “una ecografía articular del

pie y una radiografía”, que se realizan “el día 31 de mayo de 2010”, siendo dada de “alta con fecha 11 de junio de 2010”.

Considera por un lado que el operario del hospital “actuó con negligencia al manipular un `carrito´ con mercancías, las cuales eran más altas que el propio campo visual”, lo que le “llevó a atropellar” a la reclamante “por detrás”, sin posibilidad de que la interesada pudiera “ver dicha mercancía” y “apartarse”; por otro, afirma que no se le diagnosticó “un esguince de grado II hasta casi una semana después de los hechos relatados”, cuyo “tratamiento y recuperación se ha dilatado en el tiempo cerca de año y medio”.

Solicita una indemnización por importe de quince mil euros (15.000 €).

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Informes médicos del Servicio de Urgencias del Hospital, de fechas 25 de febrero y 3 de marzo de 2009. b) Informe del médico de familia, correspondiente a las consultas efectuadas los días 9 y 13 de marzo de 2009. c) Parte al Juzgado de Guardia, remitido por el médico de familia tras el reconocimiento efectuado a la paciente el día 9 de marzo de 2009 en el que se observan “hematomas en cara interna del brazo izquierdo”. d) Informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital, de fecha 24 de agosto de 2010. e) Tres tiques del servicio de taxis, desde su domicilio al citado hospital.

2. El día 22 de noviembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 22 de noviembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia A. Especializada Área IV del Hospital una copia de la documentación clínica de la perjudicada relacionada con el episodio objeto de la reclamación, así como los informes del servicio médico

que la atendió, e informe sobre “si existe constancia de la incidencia reclamada” y si “algún trabajador del centro fue testigo de la misma y/o atendió a la reclamante”.

4. Con fecha 29 de noviembre de 2010, el Hospital, remite una copia de la historia clínica de la perjudicada, quedando pendiente los informes de los Servicios de Urgencias, Traumatología y Rehabilitación.

5. Mediante escritos registrados los días 17 y 21 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital traslada al Servicio instructor copia de los informes del Servicio de Traumatología y del Coordinador de Urgencias.

6. El día 11 de enero de 2011, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital comunica al Servicio instructor que “realizadas gestiones telefónicas no consta ningún parte de incidencia ni en el Servicio de Admisión (Urgencias) ni en el Servicio de Ingeniería y Mantenimiento”, y remite el informe del Subdirector de Gestión y Servicios Generales en el que se indica que no hay constancia “de ningún parte de incidencia” al respecto.

7. Con fecha 18 de enero de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, concluye que la asistencia prestada a la reclamante fue “correcta y ajustada a la *lex artis*” y que “no ha quedado acreditado que los hechos se hayan producido de la forma que la reclamante afirma que tuvieron lugar”.

8. Mediante escritos de 24 de enero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de

evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y del expediente completo a la correduría de seguros.

9. Con fecha 2 de marzo de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito colegiadamente por tres especialistas, dos de ellos en Traumatología y Ortopedia y el tercero en Cirugía Plástica y Reparadora y Medicina Interna. En las conclusiones de dicho informe se señala que la perjudicada sufrió un traumatismo que le originó “hematoma y artritis de pie”, que fue “diagnosticada como esguince grado II, siguiendo según la lex artis ad hoc con el tratamiento funcional del proceso”, por lo que entienden que “no ha existido mala praxis”.

10. El día 26 de abril de 2011 se notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 27 de ese mismo mes la interesada se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por setenta y ocho (78) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

11. Con fecha 13 de mayo de 2011, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que manifiesta que, con independencia del tratamiento recibido a raíz del esguince, lo cierto es “que de no haber recibo el golpe por parte del operario” del Hospital, la “lesión no habría tenido lugar ni las secuelas”, ni tendría que haber seguido “tratamientos de rehabilitación durante tres meses” ni acudir “a numerosas consultas y realizar pruebas diagnósticas”.

12. Con fecha 17 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido

desestimatorio, al concluir que “no ha quedado acreditado en ningún momento que los hechos reclamados acontecieran como la reclamante describe que ocurrieron” y porque la actuación de “los profesionales del servicio de salud que han intervenido” lo hicieron “correctamente, con estricta observancia de la *lex artis*”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de junio de 2011, 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 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 dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad

patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 8 de noviembre de 2010, y si bien los hechos a que se refiere se produjeron el día 25 de febrero de 2009 -incidente y diagnóstico- atendiendo a la fecha de determinación del alcance de las secuelas, el día 11 de junio de 2010, es claro que ha sido interpuesta en el plazo de un año legalmente establecido.

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

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

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

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

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

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de

producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- El asunto que se somete a nuestra consideración se refiere a una reclamación de daños y perjuicios formulada como consecuencia, entiende la interesada, del “anormal funcionamiento” del Hospital, que identifica con el hecho de ser “atropellada” en “el hall” de dicho centro por “un carro conducido por un operario de ese hospital” lo que le produjo un esguince que, además, fue tardíamente diagnosticado en el referido centro hospitalario.

Valora las consecuencias -daños físicos, económicos, morales y secuelas- en quince mil euros (15.000 €), sin especificar la cuantía que asocia a cada una de ellas, ni presentar la justificación de su totalidad.

Constan en el expediente informes médicos relativos a la evolución del traumatismo en el tobillo derecho, de los que resulta acreditada la lesión sufrida en dicho pie, lo que permite verificar la realidad de un daño físico. Por ello, hemos de dar por acreditada la existencia de daños, sin perjuicio de su

cuantificación y valoración concreta, que realizaremos si el sentido de este dictamen fuese finalmente estimatorio de la responsabilidad patrimonial pretendida.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo e individualizado no puede significar automáticamente la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que es preciso examinar si, en el referido accidente, se dan las circunstancias que permitan reconocer a la reclamante un derecho a ser indemnizada por concurrir los demás requisitos legalmente exigidos. Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo en anteriores dictámenes, el hecho de que la responsabilidad de la Administración tenga carácter objetivo no la convierte en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que es necesario que esos daños sean consecuencia directa e inmediata del funcionamiento normal o anormal de aquélla.

La interesada atribuye la lesión a un percance sufrido en las instalaciones hospitalarias, cuya realidad se sustenta únicamente en sus declaraciones. De la documentación obrante en el expediente se concluye que no consta ningún parte de incidencia al respecto, lo que es corroborado por la propia reclamante en su escrito de alegaciones, al afirmar “no se da parte del incidente”. La interesada no aporta ninguna otra prueba sobre la forma en que se produce el accidente, ni sobre las circunstancias en las que supuestamente se produjo el atropello alegado.

Este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse en supuestos similares al que nos ocupa, indicando que cuando no existe prueba que permita vincular al servicio público la causa determinante del daño, esta ausencia de prueba es suficiente por sí sola para desestimar la reclamación presentada, toda vez que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante de acuerdo con los aforismos *necitas probando incumbit ei qui agit* y *onus probando incumbit actori*, e impide apreciar la relación de causalidad y la antijuridicidad

cuya existencia sería inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

Con independencia del origen de la lesión y en relación a la segunda imputación -retraso diagnóstico-, se atribuye a la Administración la existencia de una atención sanitaria con infracción de la *lex artis*. Sin embargo, pese a que también le incumbe la prueba de la imputación que sostiene, la interesada no ha desarrollado tampoco la menor actividad probatoria de este nexo causal, de modo que el Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia de la relación de causalidad sobre la base de la documentación que obra en el expediente.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del

enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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 la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

La interesada refiere que no le diagnosticaron “un esguince de grado II hasta casi una semana después” de ser atendida inicialmente en el Servicio de Urgencias, a pesar de padecer “intensos dolores”, lo que conllevó que el tratamiento y recuperación de la lesión se dilatasen “en el tiempo cerca de año y medio”.

En el caso que nos ocupa, está acreditado que la interesada acude al Servicio de Urgencias del Hospital el día 25 de febrero de 2009, constanding en el informe emitido por dicho servicio, como impresión diagnóstica, “artritis post-traumática de pie derecho” y un tratamiento consistente en “reposo durante 2 ó 3 días”, “vendaje elástico dos días” y “Efferalgan”. Dado que no presenta mejoría, la paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias el día 3 de marzo siguiente, y en el respectivo informe se detalla la existencia de “hematoma en ambas rodillas”, siendo la impresión diagnóstica “esguince de

tobillo grado II". De los informes que obran en el expediente no se deriva ninguna infracción de la *lex artis*, ni en la valoración de la lesión de la paciente en su consulta al Servicio de Urgencias del día 25 de febrero de 2009 ni en los medios diagnósticos empleados en aquel momento.

Respecto a las pruebas realizadas para la obtención del correspondiente diagnóstico, resulta acreditado que en el Servicio de Urgencias del centro hospitalario, tanto el día del accidente -25 de febrero de 2009- como el día del diagnóstico definitivo -3 de marzo siguiente-, le realizaron a la paciente exploraciones físicas y estudios radiológicos -Rx-, en los que no se apreciaron fracturas. En el informe técnico de evaluación se considera que el diagnóstico de esguince se hace "mediante la anamnesis y la exploración física" y que de forma complementaria "se utilizan los estudios radiológicos para descartar la presencia de fracturas. Esta última afirmación se corrobora en el informe emitido por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora, al indicar que "los estudios complementarios que deben ser realizados en agudo son las radiografías simples para descartar lesiones óseas". No obstante haber realizado las pruebas adecuadas, en el informe técnico de evaluación se afirma que la paciente "no fue diagnosticada de esguince de tobillo" en la primera asistencia porque en "aquel momento la clínica y la exploración física no orientaban a ese diagnóstico, sino a una simple contusión".

Tampoco resulta acreditado que el retraso de una semana en el diagnóstico del esguince fuera el causante de la evolución de la lesión y de la tardía recuperación de la paciente. En efecto, tal como afirma el informe técnico de evaluación, un retraso de "escasamente una semana no pudo ser el causante de la tórpida evolución de la lesión", dado que "las medidas terapéuticas prescritas (...), excepción hecha de la inmovilización, serían las indicadas para un esguince de tobillo". En idéntico sentido se pronuncia el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora al señalar que inicialmente se opta por "un tratamiento funcional con vendaje, analgésicos y descarga", y a los seis días, al ser el diagnóstico esguince, "continúan con el

mismo tratamiento funcional con férula, ejercicios y posterior rehabilitación”, de manera que “se aplica” la “terapéutica según protocolo del esguince de tobillo”, añadiendo incluso que consideran que el proceso de la paciente corresponde a un “un esguince de tobillo leve, no de grado II”. A ello deben añadirse las circunstancias personales de la paciente que, según constatan los informes médicos, pudieron influir en la evolución de su lesión, tales como su edad (paciente de 77 años), las variantes anatómicas encontradas en los estudios radiográficos realizados y sus antecedentes en el Servicio de Traumatología, en el que venía siendo tratada desde el año 1999, habiendo sido sometida “a tratamiento crónico con corticoides” y a “tratamiento específico de osteoporosis”.

Por último, con relación a las secuelas inespecíficas a las se refiere la reclamante, el informe técnico de evaluación concluye que las mismas “han sido mínimas y se limitan actualmente a una mera impresión subjetiva de la reclamante”, lo que corrobora el informe del Servicio de Traumatología. En el mismo sentido, se pronuncia el informe de los especialistas al afirmar que “fue dada de alta con balance funcional normal, quedando como dolor residual, dolor localizado por debajo del maléolo al caminar de puntas”.

En definitiva, considera este Consejo que no ha quedado probado que el daño alegado por la interesada fuese consecuencia de un retraso en el diagnóstico de su lesión, siendo la actuación de los diferentes profesionales sanitarios que la asistieron ajustada a la *lex artis ad hoc* desde la primera asistencia, y durante la evolución del proceso, aplicándose en cada momento los medios diagnósticos y terapéuticos acordes a la patología y sintomatología que presentaba la enferma.

En definitiva, no ha quedado acreditado en el supuesto examinado el modo en el que se produjo la lesión del tobillo y, por tanto, el posible nexo con el servicio público; tampoco ha quedado acreditada una mala práctica médica del servicio público sanitario en relación con el diagnóstico y tratamiento de la lesión de la paciente, toda vez que la asistencia prestada se adecuó a la *lex*

artis ad hoc. Por ello no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.