

Expediente Núm. 67/2017
Dictamen Núm. 111/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de abril de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de febrero de 2017 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del retraso diagnóstico de una lesión vascular.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 25 de abril de 2016, dos letrados presentan, en nombre y representación del interesado, una reclamación de responsabilidad patrimonial en el registro de la Generalitat Valenciana por los daños y perjuicios que atribuyen al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Exponen que el 2 de enero de 2015 el reclamante sufrió un accidente fortuito "cayendo desde una altura aproximada de 1,80 m", por lo que "acudió de manera inmediata al Servicio de Urgencias del Hospital 'X'", en el que se le diagnosticó "arrancamiento de maléolo tibial" derecho. Se le prescribió la "colocación de una férula posterior y revisión de forma ambulatoria en 3 semanas", remitiéndolo a su domicilio, pero horas más tarde regresó a Urgencias "por los enormes dolores que sufre, la fuerte presión y una sensación de ardor", siendo atendido por "el mismo equipo médico". Se le retira la inmovilización y se aprecia "un empeoramiento en el trofismo del pie, con presencia de gran edema, hematoma y descamamiento. Ante tal situación es ingresado de forma inmediata en el Servicio de Traumatología procediendo a curas de la zona afectada./ Con el transcurso de las horas el pie empeora de forma palpable en cuanto a su aspecto, comenzando con la aparición de flictenas, por lo que se decide bajarlo a quirófano para proceder a curar las ampollas". Durante el ingreso, "y ante la tórpida evolución del paciente y el franco empeoramiento que padecía", se realiza RNM el 13 de enero de 2015 en la que se evidencian "áreas de edema óseo a nivel de astrágalo, calcáneo y ambos maléolos secundarios a luxación previa. No es posible descartar fractura no desplazada en astrágalo y maléolo interno (...). Esguince grado III del complejo del ligamento colateral externo (...). Esguince de alto grado del ligamento deltoideo (...). Colección antero-interna en relación con probable hematoma (...). Tenosinovitis del flexor de los dedos y del flexor del primer dedo con edema asociado en este último nivel de unión miotendinosa (...). Tendinosis aquílea leve".

Señalan que el empeoramiento del paciente motiva que el 20 de enero de 2015 se le realice una escarectomía durante cuya práctica, "al drenar el hematoma, se objetiva sangrado profuso activo correspondiente a la rotura del paquete vascular tibial anterior", por lo que se realiza "hemostasia consiguiendo ligar la arteria". Trasladado al Hospital "Y", el Servicio de Cirugía Vascular refuerza la ligadura arterial llevada a cabo, precisando que en el informe

emitido por el Servicio de Urgencias de este centro se constata que “en la exploración vascular se objetiva pulso a nivel de tibial posterior (...) con movilidad y sensibilidad conservadas”.

Manifiestan que tras regresar al hospital de procedencia, vuelve al Hospital “Y” el 26 de enero de 2015, sometiéndose el día 11 de febrero a un “desbridamiento y cobertura de colgajo libre”, y reseñan que durante esta última estancia hospitalaria, de la que fue alta el 18 de febrero de 2015, recibió atención en Salud Mental en relación con la lesión que sufría.

Indican que con posterioridad siguió tratamiento rehabilitador desde el 1 de abril de 2015, siendo alta en el Hospital “X” el 3 de junio de 2015, y continuando la rehabilitación en su lugar de residencia habitual (Comunidad Valenciana).

Refieren que en el mes de julio, y ante la sintomatología que presentaba en el pie lesionado (disestesias, falta de fuerza y de movilidad), realiza una electromiografía en la que se advierte que la afectación nerviosa no puede ser precisada por dificultades en la exploración, especificando que mediante Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 2 de noviembre de 2015 fue declarado en situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual.

Consideran que “la situación física tan agravada del paciente (...), que incluso ha originado” una incapacidad permanente total, deriva de “un error (...) y (...) un retraso en el diagnóstico correcto y en el tratamiento adecuado”. Aportan al efecto el informe pericial emitido por un especialista en Valoración del Daño Corporal cuyas conclusiones transcribe. En él consta que, pese a que desde el inicio “la evolución de la alteración trófica fue muy rápida (...), con aparición de flictenas y zonas necróticas (...), a pesar de las claras alteraciones vasculares, y aun con los antecedentes del paciente en cuanto a su insuficiencia venosa, no se plantea prueba diagnóstica alguna para determinar el estado del árbol vascular (...) en su extremidad afecta”. También se aprecia “falta de pericia clínica al no realizar el diagnóstico diferencial correspondiente según el

cortejo sintomatológico que anunciaba la presencia de una posible afección vascular en la zona lesionada”, y subraya que “a consecuencia del retraso, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, el estado final del miembro inferior del paciente se ha visto perjudicado al dilatar las posibilidades terapéuticas”. Como fecha de estabilización de la patología, el informe indica la de 15 de septiembre de 2015.

Con base en este informe, solicitan una indemnización con arreglo a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios Causados a las Personas en Accidentes de Circulación, en la que distinguen entre la correspondiente a “las secuelas”, que concretan en “perjuicio funcional (...); perjuicio estético (...); perjuicio personal particular”, consistente en un “perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas en grado de grave (...); “perjuicio patrimonial”, que comprende “gastos por pérdida de autonomía personal” y “horas de ayuda a domicilio”, y “lucro cesante (...) por incapacidad para realizar su trabajo o actividad profesional”; y las relativas a las “lesiones temporales”, en las que incluyen un “perjuicio personal particular (...) por pérdida temporal de calidad de vida en grado grave” en relación con los “días en que ha estado hospitalizado (...), por pérdida temporal de calidad de vida en grado moderado” por los días en que “ha estado impedido” y “por cada intervención quirúrgica”, así como un “perjuicio patrimonial” por “lucro cesante”. La cantidad total solicitada asciende a doscientos sesenta y dos mil doscientos treinta y cinco euros con cincuenta y un céntimos (262.235,51 €).

Adjunta, entre otra, la siguiente documentación: a) Escritura de poder notarial otorgada por el interesado a favor de los letrados actuantes. b) Diversa documentación médica, emitida tanto por el Hospital “X” como por el Hospital “Y”, relativa a la asistencia prestada en el proceso por el que se reclama. c) Resolución del Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 30 de octubre de 2015, de reconocimiento de incapacidad permanente en el grado de total para la profesión habitual. d) Dictamen propuesta del Equipo de

Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 27 de octubre de 2015. En él figura como “cuadro clínico residual” el de “traumatismo de pie-tobillo derecho con arrancamiento de maléolo tibial, rotura de ligamentos de tobillo y pie (y) rotura arteria peronea”, y como “limitaciones orgánicas y funcionales” las de “pie derecho caído. Edema pie y tercio inferior rodilla. Limitación de la movilidad de tobillo mayor de 50%. Limitación en la movilidad de dedos. Hipoestesia en pie. Dolor pie-tobillo derecho”. e) Informe médico legal, emitido por un especialista en Valoración del Daño Corporal el 4 de diciembre de 2015. En él se manifiesta que “en el caso que nos ocupa la sintomatología es inmediata, sin que haya mejoría clínica sustancial con el paso del tiempo”, y el desarrollo de “flictenas y zonas necróticas a nivel cutáneo (...) indica *a priori* una alteración en el aporte sanguíneo a dichas zonas”. Afirma que, “aun teniendo claros avisos de afectación circulatoria, no se realizó prueba diagnóstica alguna encaminada a confirmar el buen estado del árbol vascular del paciente, tanto por la entidad de su lesión (...), por la evolución tórpida tan rápida, como por su antecedente de insuficiencia venosa”. Considera que “se debería haber planteado la posibilidad de realizar una eco-Doppler arterial y venosa”, según razona, y manifiesta que los antecedentes vasculares del paciente no han condicionado el proceso. Como secuelas, enumera las siguientes: “Alteraciones vasculares y tróficas en tobillo y pie./ Limitación de la movilidad del tobillo derecho del 85%./ Dolor continuado y refractario a tratamiento en tobillo y pie./ Parálisis del tibial posterior y del peroneo profundo./ Claudicación./ Cicatrices con deformidad del pie/tobillo y con gran protrusión de la zona injertada; cicatriz en muslo”.

2. Con fecha 9 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia de la reclamación presentada.

3. El día 27 de mayo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios notifica a los representantes del interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Mediante oficio de 31 de mayo de 2016, el Gerente del Área Sanitaria II remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios los informes emitidos por los Jefes del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de la Unidad de Urgencias, junto con un CD que contiene la historia clínica del paciente en el Hospital "X".

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, cuya fecha no consta, se indica que "el citado paciente sufrió una lesión en el tobillo derecho al intentar saltar una presa de unos dos metros de altura, según manifestó (...). En las pruebas realizadas (Rx) solamente se apreciaban signos dudosos de fractura sin desplazar del maléolo lateral y signos de esguince del complejo ligamentario colateral externo y del (ligamento) deltoideo, así como gran edema y tumefacción, por lo que se decidió su ingreso para seguimiento en vista de sus antecedentes de precariedad vascular periférica./ En las notas sucesivas emitidas diariamente durante su ingreso, reseñadas en el sistema informático en forma de historia clínica, se prueba el seguimiento del proceso y la actuación conforme aparecen las complicaciones vasculares acaecidas de forma gradual". Señala que la RNM del día 13 de enero de 2015 no detecta ningún problema vascular, aparte de "una colección en zona ántero-interna relacionada con probable hematoma (*sic*)". También refiere que durante la intervención de evacuación del hematoma del día 20 de enero "el cirujano aprecia desgarró encapsulado que se convierte en activo, realizando ligadura de rama de la arteria tibial anterior y reparación completa de la cápsula antero externa con tres arpones óseos"; actuación que fue comprobada por el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital "Y". Tras indicar los restantes episodios

asistenciales del paciente hasta el regreso a su lugar de procedencia, concluye que "se trata de un caso complejo de sufrimiento cutáneo en un paciente con vascularización precaria y con evolución tórpida debido a un sangrado encapsulado por rotura arterial diferida, probablemente por desgarró traumático". También reseña "que la asistencia fue total, con seguimiento diario minucioso durante su ingreso, tal como demuestran las anotaciones recogidas en la historia clínica electrónica. Aunque no se pudo evitar la evolución tórpida, se pusieron los medios a nuestro alcance y los de los Servicios de referencia del (Hospital `Y´) para intentar hacer frente al proceso, conforme a las apreciaciones clínicas".

Por su parte, el Jefe del Servicio de Urgencias informa, con fecha 24 de mayo de 2016, que el tratamiento aplicado el 2 de enero de 2015 ("inmovilización con férula post de yeso + hielo local + AINEs y revisión en consultas externas de Traumatología") es el "estándar ante una fractura (de) arrancamiento de maléolo tibial que es la lesión que se observa en la radiología descrita". Finalmente, "recuerda que en todo momento se actuó según *lex artis ad hoc* en base a la exploración y al resultado de la radiografía practicada".

5. Mediante escrito de 20 de julio de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la correduría de seguros la presentación de la reclamación. Adjunta una copia de todo lo actuado hasta la fecha y solicita de la compañía aseguradora un informe médico pericial.

El informe es emitido colegiadamente el 18 de agosto de 2016 por cuatro especialistas en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Tras efectuar diversas consideraciones médicas aplicables al caso y analizar la asistencia prestada al reclamante, exponen que "sufrió un traumatismo de tobillo derecho (...) con posible varo forzado que determina la aparición de una artritis traumática de tobillo con componente óseo-ligamentoso. La deformidad referida con las alteraciones cutáneas que presentan las imágenes (...) son sugestivas de un

cuadro secundario a compresión externa provocada posiblemente en el momento del accidente por atrapamiento o apoyo transitorio junto a derrame articular (generalmente suele ser un hematoma) que aumenta la presión de dentro afuera provocando edema voluminoso y alteración de piel". Valoran las imágenes que "parecen corresponder a la segunda visita (unas horas después de la primera asistencia)", y señalan que "en las proyecciones en las que han sido obtenidas no hay deformidades compatibles con luxación de tobillo". Aclaran que "el traumatismo del tobillo + la aparición precoz de un intenso proceso inflamatorio junto al linfedema desde inicio (existencia de una insuficiencia venosa crónica) determinan el aspecto inicial del tobillo".

En cuanto al estudio RM de tobillo, especifican que "la interpretación que realiza el radiólogo es que posiblemente pudo existir un intento de luxación de astrágalo que de ninguna manera existió como luxación, ya que la sindesmosis distal se encuentra íntegra y por tanto puede considerarse que existió solo intento de una luxación fallida./ En experiencia de estos especialistas, una luxación tibio-astragalina completa precisa reducción ortopédica bajo anestesia, por tanto en criterio anatomopatológico no ha existido nunca una luxación; el cuadro clínico es un traumatismo de tobillo con esguince grave grado III de (ligamento lateral externo) y arrancamiento sin desplazamiento de inserción deltoidea del maléolo interno".

Afirman que "la reclamación que se realiza por diagnóstico erróneo no es cierta. Existe un traumatismo de tobillo con esguince deltoideo y esguince lateral externo (segunda visita). En la primera asistencia (unas horas antes) el diagnóstico clínico y Rx es arrancamiento (ligamento) deltoideo (lateral interno). El diagnóstico final es: esguince grado III tobillo y arrancamiento o fractura no desplazada de maléolo deltoideo (esta fractura se produce por tracción del citado ligamento interno)./ La asistencia prestada desde el principio es rigurosa y correcta, y el retardo de confirmación diagnóstica en relación con el (ligamento lateral externo) no influye en la evolución del proceso".

Concluyen que “la asistencia, tanto diagnóstica como terapéutica, más ejecución de pruebas complementarias, cura de lesiones, control de la evolución y seguimiento de la lesión (...) se ha realizado según *lex artis*, independiente de que el resultado” no sea “el apetecido tanto por el paciente como por los profesionales”. También señalan que la “lesión longitudinal” de la arteria tibial, que fue debidamente abordada y reparada, “no influyó en la vascularización global del pie”, y que “las secuelas están determinadas por las características de la lesión y su evolución, a pesar de haber realizado todas las actuaciones necesarias con los medios precisos y seguimiento continuado por parte de la asistencia pública”.

Por último, y en cuanto al reconocimiento de incapacidad permanente en grado total para la profesión habitual, indican que “no han encontrado en la documentación analizada más datos que deben de existir” en el Instituto Nacional de la Seguridad Social “en relación con la valoración de la incapacidad. Entienden que deben valorarse otras patologías que el paciente tiene de forma crónica”.

6. Mediante escrito notificado a la representante del interesado el 3 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

7. El día 8 de noviembre de 2016, la representante del perjudicado presenta en el registro de la Generalitat Valenciana un escrito en el que solicita una copia del expediente, a lo que se da cumplimiento el día 17 de ese mes.

Con fecha 12 de diciembre de 2016, la representante del interesado presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta su disconformidad con el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora, con apoyo en el informe pericial de parte aportado junto con la reclamación.

Entiende que “queda acreditado el retraso del diagnóstico (...) de la afección arterial del pie derecho”, pues en la RNM realizada el día 13 de enero de 2015 se objetivó un importante hematoma cuyo drenaje permitió detectar la rotura del paquete arterial tibial. Afirma que dicha lesión vascular existió desde el inicio y el retraso diagnóstico fue de 18 días.

Manifiesta que “el hecho de que estuviera sangrando por la zona afecta generó un empeoramiento de su cuadro facilitando así el deterioro de la parte del pie que depende de dicho paquete vascular”, y considera una “simple especulación” la manifestación sobre la ausencia de luxación, y que “pudo existir una subluxación sin rotura de la sindesmosis pero lo suficientemente importante para generar un mecanismo de cizalla que lesionara el paquete vascular o bien un movimiento brusco que lo desgarrara, como así se comprueba en la cirugía”.

Añade que la lesión del paquete nervioso “no es explicable desde el punto de vista del gran edema, ni mucho menos por la insuficiencia nerviosa”, y, “en cuanto al tratamiento”, razona que si se toma “como válida la explicación vertida en el informe” de los especialistas, “si realmente era tal la afección venosa y el edema resultante, no queda muy claro que se inmovilizara la extremidad del paciente, ya que, según la teoría de los peritos contrarios de achacar a la insuficiencia venosa todos los problemas, era previsible entonces que se desarrollaran las complicaciones” posteriores, “con lo que se debió tener en cuenta sus antecedentes y descartar la existencia de dichas complicaciones”.

Por último, y en relación con la referencia a la incapacidad permanente total efectuada en el referido informe, subraya que el informe propuesta del Instituto Nacional de la Seguridad Social aportado junto con la reclamación contiene claramente “las limitaciones orgánicas y funcionales” que originan el reconocimiento de aquella, y que están relacionadas con las secuelas del proceso por el que se reclama.

8. Mediante oficio de 22 de diciembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia de las alegaciones formuladas a la correduría de seguros.

9. El día 12 de enero 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes emitidos por el Servicio de Traumatología y los especialistas a instancia de la compañía aseguradora. Añade que ni el reclamante “ni su perito indican qué pruebas habría que hacer ante todo esguince sin que haya otra clínica que lo justifique a fin de tratar de detectar lesiones diferidas o sin manifestación clínica en el momento del estudio”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de febrero de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación del interesado presentada con fecha 25 de abril de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 el día 25 de abril de 2016, y consta en el expediente un informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital "Z", de 15 de septiembre de 2015, en el que se valoran los resultados de la electromiografía realizada en el mes de julio y se afirma que el paciente "está en fase de secuelas establecidas y que sus lesiones son orgánicas e irreversibles", por lo que, teniendo en cuenta esta última fecha, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de 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, 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 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 reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de una atención sanitaria que reputa deficiente. En concreto, imputa a la asistencia recibida en el Hospital "X" a consecuencia de una fractura maleolar el retraso en el diagnóstico y tratamiento de una lesión vascular asociada a aquella, pues entiende que ese retardo diagnóstico ha significado un mayor deterioro del pie traumatizado.

En el expediente resulta acreditado el estado en el que se encuentra el miembro inferior derecho afectado, en el que persisten como secuelas "alteraciones vasculares y tróficas en tobillo y pie" y limitación de la movilidad, entre otras, y cuya cuantificación procederá en caso de ser estimatorio el sentido de nuestro dictamen. Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la

atención recibida, o la falta de curación, 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 solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

En el procedimiento sometido a nuestro análisis, el reclamante centra su pretensión resarcitoria en una supuesta dilación en el diagnóstico de una lesión arterial que fue detectada dieciocho días después del momento en que recibe atención por primera vez por un traumatismo en el tobillo derecho. Tal circunstancia resulta acreditada en el expediente, pero no se justifica, en cambio, que esta afectación vascular esté relacionada con el estado actual de su pie, ni el momento exacto en que se habría producido.

Respecto a la primera cuestión, el informe pericial que aporta y cita el interesado afirma que "el estado final del miembro inferior (...) se ha visto perjudicado" por el retraso alegado, pero no discierne cuáles de las secuelas que señala se relacionan con la afección vascular. Teniendo en cuenta que entre estas, además de las "alteraciones vasculares y tróficas en tobillo y pie" (que tendrían evidente relación con la afectación a la que se atribuye la demora en el diagnóstico), se reseñan las de "limitación de la movilidad del tobillo", el "dolor continuado", la "parálisis del tibial posterior y del peroneo profundo", la "claudicación" y "cicatrices", parece evidente que no cabe atribuir todas ellas, sin especificación alguna, a aquella circunstancia. Pero, además, los especialistas en Traumatología que informan a instancia de la compañía

aseguradora son precisos al expresar, en sentido contrario, que la "lesión longitudinal" de la arteria tibial "no influyó en la vascularización global del pie". Lo que resulta incuestionable, a la vista de los antecedentes del paciente, es que la insuficiencia venosa periférica que padecía sí incidió en la negativa evolución que experimentó. Y, como dato adicional que avala la falta de relación con las secuelas alegadas de la lesión cuyo retraso diagnóstico se reprocha, la documentación que integra la historia clínica revela que esa afectación arterial no requirió intervención posterior alguna, y ni siquiera nuevas revisiones. Así se refleja en el informe de alta del Hospital "Y", al que fue remitido para valoración por su Servicio de Cirugía Vasculuar, en el que consta que en la "exploración vascular se objetiva pulso a nivel de tibial posterior (...) con movilidad y sensibilidad conservadas".

En segundo lugar, tampoco es pacífica la determinación del momento en que se habría producido la lesión arterial, lo que resulta relevante para poder considerar la existencia de demora en el diagnóstico. Mientras que el reclamante considera que tuvo lugar desde el inicio (y el informe pericial que aporta describe el posible "mecanismo de cizalla" que la habría originado), el Jefe del Servicio de Traumatología del centro en el que fue tratado indica que "las complicaciones vasculares" aparecieron de forma gradual durante el ingreso, mencionando que se trataba de una "rotura arterial diferida".

No obstante, incluso aceptando que la lesión arterial existiera desde el principio, no queda acreditada una sintomatología específica que indicara su padecimiento; circunstancia de nuevo controvertida, ya que frente a la propuesta de resolución, que entiende que no existía manifestación clínica alguna, el informe pericial de parte sostiene que debió realizarse una prueba específica (ecografía Doppler) porque "las alteraciones tróficas (...) orientaban hacia alteraciones vasculares". Sin embargo, y en cuanto a esta última afirmación, debe tenerse en cuenta que los especialistas que informan de forma colegiada a instancia de la compañía aseguradora señalan que "la complicación inmediata de la zona cutánea del tobillo lesionado" fue "secundaria a un

proceso inflamatorio intenso + edema favorecido por la insuficiencia venosa crónica del paciente (operado en varias ocasiones de varices del MID)". De ello cabe deducir que tal insuficiencia venosa -que sí resulta acreditada- está claramente vinculada con las alteraciones tróficas, por lo que la relación establecida por el perito de parte resulta dudosa. Además, y en cuanto a la procedencia de la prueba que este señala, él mismo afirma que la ecografía Doppler se acepta como de elección para el estudio venoso tanto de la trombosis como de la insuficiencia venosa crónica", reseñando también como "indicaciones clásicas" "la valoración de pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas y (...) el seguimiento del tratamiento de revascularización" (ninguno de los cuales se identifica con la lesión que nos ocupa).

Por tanto, los elementos de juicio disponibles no permiten concluir que la lesión se presentara desde el inicio, ni tampoco que la sintomatología existente obligara a realizar la prueba diagnóstica sugerida en el informe de parte. En todo caso, como hemos indicado, tampoco se ha probado que un anticipo en la detección de la lesión y su tratamiento hubiera supuesto un mejor pronóstico o evolución general de la dolencia, pues no se ha desvirtuado la afirmación que realiza el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora al respecto (que la lesión arterial no afectó a la vascularización global del pie).

Sí existe, en cambio, constancia de que los antecedentes de insuficiencia venosa periférica del paciente fueron tenidos en cuenta durante la atención prestada, y que una vez detectada la rotura arterial esta fue correctamente reparada.

En definitiva, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza. En el caso aquí examinado el estado final se anuda al traumatismo sufrido por el paciente y a sus condicionantes, sin que se acredite ninguna actuación de los profesionales que le atendieron contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues tanto su conducta

como la práctica de las correspondientes pruebas se ajustaron a la sintomatología que el paciente presentó en cada momento, no constando que la lesión arterial haya influido en las secuelas resultantes tras el traumatismo padecido.

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.