

Expediente Núm. 328/2017
Dictamen Núm. 42/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de marzo de 2018, 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 29 de noviembre de 2017 -registrada de entrada el día 11 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a la tardanza en el diagnóstico y tratamiento de unas lesiones en la rodilla y en el brazo izquierdos.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de febrero de 2017, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del retraso en el tratamiento de una lesión en su rodilla izquierda, que le condujo además a “forzar la rodilla derecha (...) que (...) ha degenerado en artritis y artrosis” y le provocó una caída a cuyas

resultas sufrió una rotura en el tendón del bíceps izquierdo que considera también deficientemente atendida.

Relata que el 9 de julio de 2013 sufre un accidente laboral al bajar del camión que conduce y que acude al Hospital "por afectación a mi rodilla izquierda", que "ya había sido intervenida quirúrgicamente (ligamentoplastia) 13 años antes", diagnosticándosele "gonalgia postraumática". Al no ceder el dolor va días después a su médico de Atención Primaria, siendo "derivado a Traumatología", que el "17-09-13 (...) pide (...) una resonancia magnética de rodilla izquierda y articulación". Añade que, "tras 8 meses y medio de espera, el 30-05-14" solicita la agilización de la resonancia, que se realiza el 3 de junio de 2014, apreciándose "rotura parcial y una importante reacción sinovial y fibrosis periférica", así como "rotura de cuerpo y cuerno posterior del menisco interno" y "derrame articular en bolsa suprapatelar", por lo que se propone "artroscopia de limpieza de rodilla izquierda".

Señala que el 16 de diciembre de 2014 acude al Servicio de Urgencias del Hospital por dolor en rodilla derecha, diagnosticándosele "rotura de menisco de rodilla derecha", y precisa que, derivado por su médico de Atención Primaria, el 19 de febrero de 2015 es visto por el Servicio de Traumatología, que solicita resonancia de la rodilla derecha. Tras "caída en escalera" atendida en su centro de salud, se efectúa la resonancia el 7 de abril de 2015, objetivándose "señal anómala intrameniscal que interesa a cuerpo y cuerno posterior del menisco interno", proponiéndosele intervención de rodilla derecha antes que la izquierda, si bien la cirugía se suspende "ya que el anestesista se niega a practicar anestesia general".

Refiere dos caídas "en escalera" (los días 1 y 4 de marzo de 2015, con daño en brazo izquierdo), y que el "03-12-2015 se realiza RMN de brazo izquierdo, observándose `rotura-desinserción de la porción larga del tendón del bíceps (...), retraído a aproximadamente 14 cm´ (...). En la consulta de Traumatología de 10-12-15 se informa que `dada tanta retracción no creo viable la reparación con injerto. No obstante lo revisaré´". Reseña otra "caída

bajando de camión” por la que acude al Servicio de Urgencias del referido hospital el 13 de febrero de 2016, y que ese mismo mes “vuelve a solicitar ayuda especializada en relación a la irritabilidad que sufro tras largo proceso de espera de cirugía de rodilla”, siendo atendido por Salud Mental. El 6 de mayo de 2016 se le realiza “meniscectomía parcial interna artroscópica + desbridamiento de úlcera condral en faceta externa de rótula en rodilla derecha”, pautándosele rehabilitación que inicia el 25 de mayo de 2016. Valorada por el Servicio de Traumatología la rodilla izquierda, el 17 de noviembre de 2016 es incluido en lista de espera quirúrgica, no estando aún intervenido a la fecha de la reclamación.

Invoca una mala praxis por “el importante retraso de casi 9 meses en la realización de una resonancia magnética”, el “largo proceso de espera para el diagnóstico y posterior tratamiento” que “provocó el agravamiento de los síntomas iniciales” y, “debido a la necesidad de forzar la rodilla derecha (...), nueva dolencia en dicha rodilla (...) que a fecha actual ha degenerado en artritis y artrosis”, añadiendo que a causa de “la inestabilidad en las rodillas sufrí una caída que inicialmente se trata como una simple rotura de fibras en el brazo izquierdo sin realizarse los estudios y pruebas diagnósticas necesarios desde el inicio, y que una vez efectuados 9 meses después de la caída se diagnostica una rotura-desinserción de la porción larga del tendón del bíceps (...) que (...) provoca un importante déficit de movilidad que no es operable ni tiene solución debido a la tardanza de su diagnóstico y ausencia de tratamiento”, subrayando que a consecuencia del proceso ha sido diagnosticado de “riesgo de T. por angustia persecutoria y descompensación depresiva mayor por problemas traumatológicos dolorosos, clínica de insomnio”. Por último, pone de manifiesto que “ha habido una ausencia de información de las consecuencias que esa larga espera podría acarrearle y las secuelas que finalmente padezco”.

Cuantifica el daño padecido en seiscientos mil euros (600.000 €), y solicita que se incorpore al expediente su historial médico.

Acompaña copia de diversa documentación médica entre la que figura el informe clínico de alta de 6 de octubre de 2015, que refleja que el paciente “acude para realizar cirugía programada (...) que, por circunstancias ajenas al Servicio, se suspende, se toman los datos del paciente para seguimiento por consulta externa (...). Con el anestesista en disposición de realizar raquianestesia, el paciente se niega. Puesto que se trata de un paciente con intubación difícil, el anestesista encargado decide suspensión de la intervención”, y las hojas de episodios de su centro de salud en las que consta anotado, el “25-06-2015 (...), rotura de porción larga bíceps braquial de 2 meses de evolución. Pide Rx y eco para completar estudio”, y, el “27-11-2015 (...), eco compatible con rotura parcial larga bíceps”.

2. Mediante escrito de 10 de marzo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al perjudicado 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.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante, se incorpora a las actuaciones el historial clínico del paciente y los informes emitidos por el Servicio de Traumatología y por su Médico de Atención Primaria los días 27 de marzo y 3 de abril de 2017, respectivamente.

En la historia clínica remitida por el hospital consta el resultado de la RM de “rodilla y articulación femoro-patelar izquierda” realizada el 3 de junio de 2014, así como los antecedentes de diversas dolencias, entre ellas la relativa al ingreso el 13 de septiembre de 1999 para “tratamiento quirúrgico de meniscectomía interna más ligamentoplastia LCA”, previa resonancia de rodilla izquierda en la que se detecta rotura de menisco y del “tercio medio del ligamento cruzado anterior” y “leves cambios degenerativos en articulación”.

En el informe librado por el Servicio de Traumatología se recogen los antecedentes de “artroscopia de rodilla, fractura de menisco derecho, ligamentoplastia de rodilla izquierda, reparación de la triada de la rodilla”, y se reseña que el paciente fue intervenido de su rodilla izquierda el 17 de febrero de 2017 “implantándose una prótesis total de rodilla izquierda, sigue buena evolución hospitalaria y es dado de alta el 22-2-17 (...). Camina con bastones ingleses”.

En el informe elaborado por el Médico de Atención Primaria se detalla toda la asistencia dispensada, constatándose que el 07-10-2013 el Instituto Nacional de la Seguridad Social “le dio alta laboral (...). Con fecha 26-11-2013 hay una sentencia judicial donde se declara indebida el alta médica (...). El 23-12-2013 el paciente seguía pendiente de que le hicieran la RMN (...). El 08-07-2014 se extiende alta laboral por agotamiento de plazo y pasa a control del (Instituto Nacional de la Seguridad Social)./ El 31-07-2014 ya le habían realizado RMN de rodilla izquierda (...). Es citado para el 25-08-2014 para preoperatorio (...). El 29-10-2014 es derivado a Traumatología por dolor en rodilla derecha por sobrecarga (...). El 13-01-2015 lo derivo a Centro de Salud Mental por irritabilidad y nerviosismo (...). El 22-05-15 (...) Traumatología decide operarle antes la rodilla derecha que la izquierda porque tiene cuerno de menisco roto (...). El 06-10-2015 se iba a realizar la cirugía pero se suspende por circunstancias ajenas al Servicio, el paciente rehúsa ser anestesiado con anestesia loco-regional. Puesto que se trata de un paciente con intubación difícil el anestesista decide la suspensión de la intervención (...). El 13-02-2016 fue atendido en Urgencias del (Hospital) por caída al bajarse del camión, con reagudización de gonalgia izquierda (...), se remite a Traumatología”. En las hojas de curso clínico también consta que el 22 de marzo de 2017, con ocasión del tratamiento de “tumoración muñeca izquierda”, se le recomienda “no utilizar muletas con extremidad afecta (el paciente refiere que no las precisa para caminar)”.

4. Remitido el expediente a la correduría de seguros de la Administración, la compañía aseguradora remite un informe pericial rubricado colegiadamente por cuatro especialistas en Traumatología el 31 de agosto de 2017. En él se repara, con reproducción de la historia clínica, en el "carácter agresivo del paciente, así como no seguir las normas dadas". Se razona que la lesión de menisco "y la subsecuente resección, parcial o total, modifica su adecuada función y condiciona un desgaste articular prematuro". Se observa que al paciente, "a raíz de un traumatismo el 5-12-98 se le diagnostica" en la rodilla izquierda "una lesión del LCA y menisco interno, por lo que fue intervenido el 14-9-99 (...); en la hoja quirúrgica ya se describen lesiones degenerativas grado II en rótula y patillos tibiales./ Estas lesiones degenerativas del cartílago irán a más con el transcurso del tiempo./ Se le indica rehabilitación, comenzando en octubre y voluntariamente la deja, por lo que se cursa alta el 20-12-99./ Se solicita RMN el 29-9-99 de la rodilla derecha, efectuándose esta el 11-4-00 informando de la lesión meniscal interna./ A los 8 meses de la cirugía la rodilla izquierda (...) es estable, se ha conseguido el efecto terapéutico con la cirugía y su gonalgia se debe a su gonartrosis existente grado II./ El 3-5-00 comienza con una gonalgia derecha de origen meniscal, por lo que se le propone una artroscopia, siendo intervenido el 20-10-00. En este mismo acto quirúrgico se hace tratamiento farmacológico intraarticular de las dos rodillas./ El 9-7-13 presenta un traumatismo en su rodilla izquierda, la cual aparte de las lesiones degenerativas correspondientes asocia una condrocalcinosis. Se le programa para una artroscopia de limpieza y se le informa que precisará de una artroplastia (prótesis) total de rodilla a corto plazo./ Traumatismo en la rodilla derecha en diciembre 2014, la cual presenta una gonartrosis y varo, se solicita nueva RMN el 19-2-15 (...). La artroscopia de la rodilla izquierda del 6-10-15 no se efectúa por no tener consentimiento informado de anestesia loco-regional por parte del anestesiólogo y por negación del paciente a este tipo de anestesia./ El 22-5-15 y 5-11-15 se decide hacer primero la artroscopia de la rodilla derecha./ Por motivos que se desconocen, el paciente al 2-3-16 no está en lista de espera,

aunque hay datos de que fue incluido, y así comentaremos solo con dos fechas del 10-6-15 se le explica que está en lista de espera, al igual que el 10-12-15 se comenta que está pendiente de su cirugía de rodilla./ El paciente tiene información y cuando solicita informe sobre su situación clínica se hace, como lo demuestran las anotaciones del 5-11-12 y 16-7-14, entre otras./ El 6-5-16 se efectúa la artroscopia de rodilla derecha confirmando la lesión meniscal y las lesiones degenerativas intraarticulares, las cuales ya existían en diciembre 2014 sobre un varo y que al igual que la rodilla izquierda terminarán en una artroplastia (...) a corto-medio plazo al ser una artrosis evolutiva (...). La artrosis puede ser considerada como una lesión crónica, irreversible (hasta el momento) y progresiva (...). Posteriormente se indica rehabilitación, estando en ella el 7-10-2016, solicitando valoración en la Unidad de Dolor./ En el estudio de RMN del 16-9-16 de ambas rodillas se evidencia, comparándolos con los estudios de 2014 y 2015, la degeneración articular existente en el transcurso del tiempo; es una degeneración natural evolutiva y agravada por las meniscectomías efectuadas./ La rodilla izquierda evoluciona hacia una artrosis quirúrgica para efectuar en ella una artroplastia (...), pues es la última opción quirúrgica para las artrosis evolucionadas con afección de dos o más compartimentos. Su objetivo es eliminar el dolor, aumentar el arco de movilidad y corregir las desviaciones axiales mediante la sustitución de ambas superficies femorotibiales y la femoropatelar. Se efectúa esta el 16-2-2017”.

Se concluye que “se ha actuado según la *lex artis* y que el retraso de la realización de los exámenes complementarios y tratamientos quirúrgicos no ha producido alteración en el desarrollo de la evolución de los fenómenos degenerativos articulares”.

Respecto a la lesión distal del bíceps, se observa que la resonancia practicada se valoró “el 10-12-15, no indicando la cirugía por los factores etiológicos y anestésicos del paciente./ El tratamiento quirúrgico de la lesión distal del bíceps proporciona mejores resultados en cuanto a la potencia

supinadora y flexora del antebrazo, nada más; que se suplen con la función vicariante del resto de la musculatura (...). Por lo tanto en este caso no estaba indicada la cirugía, la actuación fue correcta, por sus antecedentes de tabaquismo, pues se ha asociado con enfermedades sistémicas, esteroides y tabaco este tipo de lesión y por la existencia de la calcificación del tríceps y retracción tendinosa, que influye en la lesión (...). En los comentarios de la evolución no se describen limitaciones biomecánicas en el codo por la función vicariante de los otros músculos”.

5. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado al reclamante el 20 de octubre de 2017, comparece este en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente.

Con fecha 30 de octubre de 2017 presenta un escueto escrito de alegaciones en el que manifiesta que se ratifica íntegramente “en los hechos señalados” en su reclamación.

6. El día 16 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “los retrasos en las pruebas y en las intervenciones quirúrgicas no tuvieron influencia en la aparición de los fenómenos degenerativos (evolución natural de su patología). Las lesiones degenerativas en ambas rodillas y las actuaciones quirúrgicas condicionaron el desgaste de las mismas”. Añade que “la reparación quirúrgica del tendón distal de la porción larga del bíceps no estaba indicada dadas las características del paciente (tabaquismo y calcificación del tríceps)”.

Finalmente, concluye que “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de noviembre 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 formato digital.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está 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.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter

físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 21 de febrero de 2017 -encontrándose el paciente pendiente de cirugía de rodilla izquierda, y habiendo sido intervenido el 6 de mayo de 2016 de la extremidad derecha-, y es razonable entender que de esas operaciones pueda esperarse una mejoría o derivarse un perjuicio, por lo que se estima que la acción se ejercita dentro del plazo de un año legalmente determinado.

No obstante, por lo que se refiere a la lesión distal del bíceps, el accidentado manifiesta que sufrió “una caída (en marzo de 2015) que inicialmente se trata como una simple rotura de fibras en brazo izquierdo sin realizarse los estudios y pruebas diagnósticas necesarios desde el inicio, y que una vez efectuados 9 meses después de la caída se diagnostica una rotura-desinserción de la porción larga del tendón del bíceps (...) que (...) provoca un importante déficit de movilidad que no es operable ni tiene solución debido a la tardanza de su diagnóstico”. Debe repararse en que el interesado afirma que la “rotura-desinserción” no se le detecta hasta la resonancia practicada en diciembre de 2015 cuando en las hojas de curso clínico de su centro de salud ya aparece anotado el “25-06-2015 (...), rotura de porción larga bíceps braquial de 2 meses de evolución”. En cualquier caso, aunque no conociera el alcance de la lesión hasta la resonancia informada el 10 de diciembre de 2015 -cuando se descarta la cirugía por el Servicio de Traumatología-, debe considerarse que en ese momento es conocedor de la naturaleza y significación de la dolencia, tal como queda de manifiesto cuando señala que debido al diagnóstico de la rotura “9 meses después de la caída (que tuvo lugar en los primeros días de marzo de 2015) (...) no es operable ni tiene solución”. En suma, y sin perjuicio de que no se objetive tampoco el déficit de movilidad que se invoca, debe concluirse que respecto a la lesión en el bíceps izquierdo la pretensión deducida el 21 de febrero de 2017 es extemporánea.

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

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

Sin embargo, se advierte que el informe remitido por el Servicio de Traumatología es deficitario, ya que en él no se valoran las infracciones de la *lex artis* denunciadas, limitándose a exponer el proceso asistencial.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- Reclama el interesado el resarcimiento de los daños que anuda a los retrasos en el diagnóstico y tratamiento de un trauma en su rodilla izquierda, tardanza que a su entender provocó “el agravamiento de los síntomas iniciales” y la necesidad de “forzar la rodilla derecha (...) que (...) ha degenerado en artritis y artrosis”.

Los informes médicos incorporados a las actuaciones acreditan la existencia de la degeneración articular del paciente en ambas rodillas, que precisan de artroscopia y de una artroplastia, resultando un daño crónico al que se asocian dolores y limitaciones funcionales, por lo que debe admitirse la realidad de un daño resarcible, sin perjuicio de que después se razone sobre su entidad y etiología.

En cualquier caso, la mera constatación de un perjuicio 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, 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 favorables en relación con la salud del paciente.

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

caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

En el supuesto planteado debemos descartar, en primer término, cualquier incidencia de la atención dispensada en la lesión cuyo resarcimiento se impetra. En efecto, el perjudicado imputa al servicio público sanitario los padecimientos que considera consecuencia del retraso en el diagnóstico y tratamiento del percance sufrido en su rodilla izquierda el 7 de septiembre de 2013. Sin embargo, frente a esa afirmación de parte desprovista de soporte pericial alguno, lo actuado pone de manifiesto que las dolencias del enfermo se asocian a su patología de base, anterior a aquel episodio, sin guardar relación con la "hiperextensión" de la rodilla sufrida en 2013, y todos los criterios técnicos incorporados al expediente así lo aprecian. Así, en la historia clínica remitida por el hospital se constata que el perjudicado sufrió un traumatismo en su rodilla izquierda por el que ingresa el 13 de septiembre de 1999 para "tratamiento quirúrgico de menissectomía interna más ligamentoplastia LCA", previa resonancia en la que se detecta rotura de menisco y del "tercio medio del ligamento cruzado anterior" y "leves cambios degenerativos en articulación", describiéndose en la hoja quirúrgica lesiones degenerativas grado

II en rótula y patillos tibiales, y manifestándose en abril del año 2000 otra lesión meniscal en la rodilla derecha. En el informe librado por el traumatólogo que le atiende, fechado el 27 de marzo de 2017, se reseñan también los antecedentes de “artroscopia de rodilla, fractura de menisco derecho, ligamentoplastia de rodilla izquierda, reparación de la triada de la rodilla”, y en la pericial elaborada por cuatro especialistas en Traumatología se razona que la lesión de menisco “y la subsecuente resección, parcial o total, modifica su adecuada función y condiciona un desgaste articular prematuro”. También reparan los peritos que informan a instancias de la compañía aseguradora, con reproducción de la historia clínica, en el “carácter agresivo del paciente, así como no seguir las normas dadas”, y detallan que las “lesiones degenerativas del cartílago irán a más con el transcurso del tiempo./ Se le indica rehabilitación, comenzando en octubre y voluntariamente la deja, por lo que se cursa alta el 20-12-99./ Se solicita RMN el 29-9-99 de la rodilla derecha, efectuándose esta el 11-4-00 informando de la lesión meniscal interna./ A los 8 meses de la cirugía la rodilla izquierda (...) es estable, se ha conseguido el efecto terapéutico con la cirugía y su gonalgia se debe a su gonartrosis existente grado II./ El 3-5-00 comienza con una gonalgia derecha de origen meniscal, por lo que se le propone una artroscopia, siendo intervenido el 20-10-00. En este mismo acto quirúrgico se hace tratamiento farmacológico intraarticular de las dos rodillas./ El 9-7-13 presenta un traumatismo en su rodilla izquierda, la cual aparte de las lesiones degenerativas correspondientes asocia una condrocalcinosis”. Subrayan, asimismo, los especialistas informantes que “en el estudio de RMN del 16-9-16 de ambas rodillas se evidencia, comparándolos con los estudios de 2014 y 2015, la degeneración articular existente en el transcurso del tiempo; es una degeneración natural evolutiva y agravada por las meniscectomías efectuadas”, y concluyen que “el retraso de la realización de los exámenes complementarios y tratamientos quirúrgicos no ha producido alteración en el desarrollo de la evolución de los fenómenos degenerativos articulares”, puntualizando que “la rodilla izquierda evoluciona

hacia una artrosis quirúrgica para efectuar en ella una artroplastia (...), última opción quirúrgica para las artrosis evolucionadas con afección de dos o más compartimentos”.

Igualmente, el perito que elabora la propuesta de resolución concluye que “los retrasos en las pruebas y en las intervenciones quirúrgicas no tuvieron influencia en la aparición de los fenómenos degenerativos (evolución natural de su patología). Las lesiones degenerativas en ambas rodillas y las actuaciones quirúrgicas condicionaron el desgaste de las mismas”. Frente a ello, nada opone -siquiera dialécticamente- el interesado, que presenta un escueto escrito de alegaciones en el que se remite a “los hechos señalados” en su reclamación.

Sin perjuicio de lo anterior, tampoco se objetiva a lo largo de lo actuado infracción alguna de la *lex artis* que permita sustentar el resarcimiento de un daño. El perjudicado alude, es cierto, al retraso en la práctica de una resonancia, pero no justifica su incidencia en el resultado lesivo; tampoco argumenta en qué consiste la mala praxis que denuncia en la asistencia recibida, mientras que todos los informes técnicos obrantes en las actuaciones aprecian que el tratamiento dispensado se ajustó a la *lex artis ad hoc*. Así concluye el elaborado por cuatro especialistas en Traumatología, que reseña, a la vista de la historia clínica, que a raíz de su ingreso en septiembre de 2013 al paciente “se le programa para una artroscopia de limpieza y se le informa que precisará de una artroplastia (prótesis) total de rodilla a corto plazo”, sufriendo después otro “traumatismo en la rodilla derecha en diciembre 2014” que requiere de intervención quirúrgica, si bien “no se efectúa por no tener consentimiento informado de anestesia loco-regional por parte del anestesiólogo y por negación del paciente a este tipo de anestesia”; el 6 de mayo de 2016 se somete a la artroscopia de rodilla derecha y el 16 de febrero de 2017 (tras otra “caída al bajarse del camión” un año antes, con “reagudización de gonalgia izquierda”, según se recoge en el informe de su médico de familia) se realiza la artroplastia de rodilla izquierda. También ponen de relieve los peritos que informan a instancias de la compañía aseguradora

que “el paciente tiene información y cuando solicita informe sobre su situación clínica se hace, como lo demuestran las anotaciones del 5-11-12 y 16-7-14, entre otras”.

Más aún, a la luz del estado del paciente tras las intervenciones difícilmente podría objetivarse una infracción de la *lex artis* por el servicio público sanitario, pues los padecimientos denunciados en el curso del tratamiento son consustanciales a la complejidad de la patología sufrida, y el reclamante es finalmente dado de alta por buena evolución, manifestando a su médico de Atención Primaria poco después de la cirugía de su rodilla izquierda que no necesita muletas para caminar. Ciertamente subyace en lo actuado una controversia con el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en la medida en que al perjudicado se le extiende alta laboral por agotamiento de plazo y su desempeño puede agravar la patología o provocarle caídas, pero esa circunstancia es ajena a la Administración sanitaria.

Tampoco se constata infracción alguna de la *lex artis*, sin perjuicio de estimarse extemporánea su reclamación respecto a la lesión distal del bíceps, observándose por los especialistas en Traumatología que la resonancia practicada se valoró “el 10-12-15, no indicando la cirugía por los factores etiológicos y anestésicos del paciente”, concluyendo que “en este caso no estaba indicada la cirugía, la actuación fue correcta, por sus antecedentes de tabaquismo, pues se ha asociado con enfermedades sistémicas, esteroides y tabaco este tipo de lesión y por la existencia de la calcificación del tríceps y retracción tendinosa”; amén de constatarse que no se describen “limitaciones biomecánicas en el codo por la función vicariante de los otros músculos”. El autor de la propuesta de resolución comparte ese criterio técnico, apreciando que “la reparación quirúrgica del tendón distal de la porción larga del bíceps no estaba indicada dadas las características del paciente (tabaquismo y calcificación del tríceps)”.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer

médico, revelándose que la atención dispensada no agravó el sufrimiento asociado a la situación y a la patología de base del paciente, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

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.