



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **252/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de septiembre de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 28 de abril de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **157/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** El día 21 de mayo de 2012 x presenta en el registro general de la Delegación del Gobierno en la Región de Murcia una solicitud de indemnización, del día 3 anterior, fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En su escrito de reclamación, la interesada expone que el día 7 de enero de 2012 sufrió una caída accidental en su vivienda y que por ello fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital "*Rafael Méndez*", de Lorca. Según relata, en el informe de alta de dicho servicio se pone de manifiesto que sufrió un *"esguince tobillo izquierdo grado 2, y herida contusa superficial en antebrazo izquierdo de varias horas de evolución. Impotencia funcional leve dolorosa a rotación interna de tobillo"*. Como consecuencia de ello, se le prescribió como tratamiento *"Reposo cama-sillón con pierna en alto durante 15 días más tensoplast en tobillo izquierdo"*.

Sin embargo, también pone de manifiesto la reclamante que desde el primer momento advirtió a los servicios médicos que padecía continuos dolores y que consideraba que el diagnóstico y que el tratamiento sugerido no eran correctos. De hecho, apunta que el día 6 de marzo tuvo conocimiento de que en realidad sufría una fractura de calcáneo y no un simple esguince de tobillo.

Como consecuencia, sostiene que se produjo un error de diagnóstico porque no se agotaron las pruebas médicas necesarias y se incurrió, de esa forma, en una clara infracción de la *"lex artis ad hoc"*. Como se ha apuntado, demanda que se le reconozca el derecho a una indemnización que, sin embargo, no llega a cuantificar. Tampoco acompaña con la reclamación documento acreditativo alguno.

Solicita asimismo que se abra un período probatorio y que se practique la prueba documental consistente en la historia clínica que obre en el centro médico referido. También propone la práctica de la prueba testifical de todo el personal médico que le asistió así como de sus propios familiares, que presenciaron las conversaciones que se mantuvieron con los médicos. También se reserva el derecho a presentar prueba pericial. Por último, designa como domicilio para recibir notificaciones el del letrado del Colegio de Abogados de Murcia x.

**SEGUNDO.-** Con fecha 13 de junio de 2012 la Jefa de Servicio Jurídico de la Consejería consulta remite una comunicación al letrado mencionado para que acredite la representación en la que actúa y subsane ese defecto en el plazo de diez días. El día 9 de julio siguiente la interesada presenta un escrito, de 28 de junio, con el que acompaña una copia de la escritura de apoderamiento otorgada a favor de x.

**TERCERO.-** El siguiente día 13 de julio de 2012 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada por la interesada y se designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la reclamante junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace alusión en el artículo 42.4 LPAC. Además, en dicho escrito se le requiere para que concrete la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial que reclama.

**CUARTO.-** A lo largo del mes de julio de 2012 se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros "--" con el propósito, en este último caso, de que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

**QUINTO.-** Con fecha 27 de julio se solicita de la Gerencia de Área de Salud III-Hospital "*Rafael Méndez*" copia de la historia clínica de la reclamante e informes de los facultativos que le atendieron, relativos a los hechos descritos en la reclamación.

Esta solicitud de información se reitera el día 9 de octubre siguiente.

**SEXTO.-** Con fecha 17 de septiembre se recibe el escrito de la interesada, de la misma fecha, en el que manifiesta que no resulta posible realizar la evaluación económica de la reclamación que le fue solicitada, toda vez que tiene concertada una cita el siguiente día 24 con la doctora encargada de su rehabilitación y que entiende que entonces se podrá valorar su evolución de manera más adecuada.

Por otra parte, adjunta un informe radiológico de una resonancia magnética que se le realizó el día 7 de julio de 2012 en el que se añaden a las lesiones puestas de manifiesto la de rotura de ligamento.

**SÉPTIMO.-** El día 5 de octubre se recibe la nota interior de la Directora Gerente del Área de Salud III-Hospital "*Rafael Méndez*", del día 1 del mismo mes, con la que acompaña la copia de la historia clínica de la reclamante y dos informes médicos.

En el primero de ellos, suscrito el día 1 de octubre por el Doctor x, Facultativo Especialista del Servicio de Urgencias del referido hospital, se señala lo siguiente: *"Con respecto a la atención ofrecida a la paciente x (...) en el servicio de Urgencias en la fecha remitida; considero que la atención y el abordaje clínico-diagnóstico-terapéutico fue el adecuado a la patología presentada por la paciente en dicho momento, no objetivando signos o síntomas en las características clínicas del episodio, ni en las pruebas realizadas de imagen que sugieran cambio en la actitud de la praxis de la misma".*

En el segundo informe, realizado el día 19 de septiembre por la Doctora x, Facultativa del Servicio de Rehabilitación, se ofrece un resumen de la evolución del siguiente tenor: *"Paciente remitida a este servicio de rehabilitación desde atención primaria por traumatismo en ambos pies tras caída en enero de 2012, siendo el motivo de consulta dolor e impotencia funcional en tobillo/pie izquierdo.*

*En radiografía de tobillo realizada en el servicio de urgencia del HRM (07/01/12) se observa imagen dudosa que podría ser compatible con trazo de fractura en calcáneo izquierdo, por lo que al momento de la valoración en primera consulta de rhb se solicita nueva radiografía (07/03/12) de tobillo pie y calcáneo comprobándose trazo de fractura que había iniciado callo, debido al tiempo transcurrido y que la fractura no presentaba desplazamiento se indica no cargar peso en miembro inferior izquierdo, se pauta tratamiento en fisioterapia: magnetoterapia, electroanalgesia y quinesioterapia para mantener rangos articulares y balance muscular en MMI.*

*La paciente se encuentra realizando tto en este servicio con cita de revisión el 24/09/12".*

**OCTAVO.-** Con fecha 23 de octubre de 2012 se comunica a la peticionaria la decisión del órgano instructor por la que se considera adecuada la práctica de la prueba documental propuesta pero innecesaria la prueba testifical solicitada, ya que obran en el expediente los informes emitidos por los facultativos que le atendieron.

**NOVENO.-** El día 29 de noviembre de 2012 la interesada presenta un escrito, del día anterior, con el que acompaña el informe médico-pericial elaborado el día 21 del mismo mes por x, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y Master en Valoración de discapacidades y del daño corporal. En dicho documento se hace referencia a los antecedentes familiares y personales de la reclamante, se describe la patología que sufre y se formulan las siguientes:

**"CONCLUSIONES MEDICO-LEGALES:**

*La paciente sufrió con fecha 7-I-12 un traumatismo en el pie izquierdo que fue diagnosticado de esguince de tobillo grado II, al no detectar lesiones óseas agudas. La lesión más importante que sufrió fue una fractura de calcáneo que, al no ser diagnosticada en su momento y tratada de forma adecuada, bien ortopédica o quirúrgicamente, ha dejado unas secuelas importantes maximizadas por la ausencia de tratamiento, encontrándose en el momento actual con las limitaciones funcionales referidas anteriormente, osteoporosis regional y artrosis subastragalina, lo que incapacita para desarrollar actividades que requieran bipedestación o deambulación prolongada. Se encuentra pendiente de pruebas complementarias (TAC) para valorar posibilidades quirúrgicas (artrodesis subastragalina)".*

**DÉCIMO.-** Con fecha 12 de diciembre de 2012 el órgano instructor remite un oficio, del día 5 del mismo mes, a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria en el que solicita que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación. También se solicita ese mismo día a la compañía aseguradora del Servicio consultante que aporte los informes periciales que considere oportunos.

Se reitera la solicitud de informe de la Inspección Médica el día 24 de junio de 2014.

**UNDÉCIMO.-** Obra en el expediente un informe médico pericial aportado por la compañía aseguradora del Servicio consultante, suscrito el día 21 de enero de 2013 por un Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Después de ofrecer un relato de los hechos y de describir la praxis aplicable al caso, se formulan las siguientes

#### **"CONCLUSIONES MEDICO PERICIALES**

*1.- Es evidente que la fractura de calcáneo pasó sin diagnosticar en la atención de urgencias el día 7-1-2012, sin embargo, el tratamiento aplicado a la paciente era totalmente válido para la misma, además de para el esguince de tobillo, que también presentaba.*

*2.- Aprecio más error de tratamiento el hecho de que se dejase a la paciente sin apoyar durante tres meses más, una vez que se apreció consolidación de la fractura, manteniéndola un total de cinco meses sin cargar. Esto, indudablemente, provoca alteraciones microvasculares que pueden conducir a un síndrome de algodistrofia simpático refleja, incluso en un pie que no tenga ningún tipo de lesión, y cuyo tratamiento puede ser incluso más prolongado y tedioso que el de la propia fractura.*

*3.- En cualquier caso, la fractura que la paciente presentaba, era subsidiaria de un tratamiento conservador o funcional, nunca quirúrgico, al menos de entrada.*

*4.- Pongo muy en duda que la paciente vaya a precisar una cirugía futura como consecuencia de fractura así y, si así fuera, sería debido a una afectación secundaria (artrosis postraumática) de la articulación subastragalina, siendo la mejor manera de confirmar este diagnóstico realizándole un TAC.*

*5.- Me inclino por creer que, si actualmente persiste dolor y limitación funcional, lo más probable es que sea debido a la osteoporosis por desuso, e incluso el síndrome simpático reflejo antes comentado, que aún pueda padecer la paciente.*

#### **CONCLUSION FINAL**

*Aunque la fractura de calcáneo pasó inadvertida inicialmente, este hecho no influyó en un peor desenlace del*

caso, ya que el tratamiento que se realizó era perfectamente válido, sin embargo, el mantener durante cinco meses sin permitir el apoyo del pie sí ha podido ser consecuencia de que aparezcan complicaciones secundarias de largo tratamiento, y que se habrían podido evitar con un mejor conocimiento y criterio en cuanto al tratamiento de las fracturas de dicho hueso".

**DUODÉCIMO.-** El día 25 de marzo de 2013 se solicita de la Gerencia del Área III de Salud-Hospital "Rafael Méndez" que remita nuevos informes de los Servicios de Rehabilitación y de Traumatología acerca del estado en que se encuentra la reclamante con el fin de determinar las secuelas que padece.

**DECIMOTERCERO.-** El día 18 de abril de 2013 se recibe la nota interior de la mencionada gerencia, del día 15 anterior, con la que se acompañan los informes solicitados.

El de la Doctora x, del Servicio de Rehabilitación, suscrito el día 9 de abril, reproduce el contenido de su anterior informe de 19 de septiembre de 2012, que se recoge en el Antecedente Séptimo anterior. Sin embargo, añade un último párrafo del siguiente tenor:

*"Ante la persistencia de dolor en tobillo izquierdo se le solicita rm que informa imagen compatible con rotura fibrilar parcial (esguince grado I) por lo que solicitó valoración por el servicio de traumatología encontrándose actualmente en seguimiento por dicho servicio y pendiente de revisión en esta consulta tras la valoración de trauma".*

Por su parte, en el del Doctor x, del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 12 de abril de 2013, se pone de manifiesto:

*"Paciente remitida de RHB con fecha del 23 de septiembre de 2012 por fractura de calcáneo izquierdo que no había respondido a tratamiento rehabilitador.*

*Fue valorada en Consulta Externa el 8 de octubre de 2012 diagnosticada de pie plano postraumático realizando infiltración de subastragalina y se pide TC.*

*El 8 de febrero de 2013 vuelve a ser valorada en Consulta con el resultado del TC que viene informado como: calcaneocuboidea disminuida y calcaneoastragalina con áreas de vacío de aspecto degenerativo, se realiza infiltración con ácido hialurónico en articulación subastragalina.*

*El 20 de marzo se vuelve a valorar en Consulta Externa viendo que no mejora el dolor por lo que se decide inclusión en Lista de Espera Quirúrgica para realizar artrodesis subastragalina".*

**DECIMOCUARTO.-** Mediante oficio de 10 de febrero de 2014 el órgano instructor solicita de nuevo de la reclamante que especifique la evaluación económica de responsabilidad patrimonial que pretende, si fuera



posible.

Con fecha 3 de marzo de 2014 presenta el representante de la interesada un escrito, de ese mismo día, en el que expresa que no resulta posible concretar la evaluación económica de la responsabilidad debido al estado que presenta la paciente, ya que el día 5 de febrero anterior fue intervenida de su pie izquierdo (artrodesis subastragalina) y se está a la espera de conocer la evolución que presenta y el tratamiento rehabilitador que se le prescribe.

**DECIMOQUINTO.-** Con fecha 5 de febrero de 2015 se recibe la comunicación de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección de Sanitaria, del día 3 anterior, con la que se acompaña el informe valorativo emitido por la Inspección Médica el día 28 de enero anterior. En dicho documento se contiene una descripción de los hechos y se efectúa asimismo un juicio crítico acerca de la asistencia que se le dispensó a la paciente. Por último, se formulan las siguientes

#### "CONCLUSIONES

- 1. La paciente de 60 años acude a urgencias con cuadro de contusión en brazo y tobillo izquierdo secundarios a caída desde altura el día 7-1-12, tras la exploración física y radiológica pasó desapercibida la fractura del calcáneo, extraarticular y con mínimo desplazamiento, diagnosticándole un esguince grado II que también tenía.*
- 2. Nos encontramos ante una fractura de tipo extraarticular que son por un lado las menos frecuentes (suponen el 30-25% de las fracturas del calcáneo) y por otro lado las que tienen habitualmente mejor pronóstico, siendo en un principio su tratamiento conservador.*
- 3. El diagnóstico se retrasó hasta el día 7-3-12, dos meses después, apreciándose entonces la fractura en vías de consolidación, sin desplazamiento de los fragmentos, ni mayor hundimiento del hueso, es decir, un resultado similar al que se hubiera obtenido tras un diagnóstico y tratamiento correcto.*
- 4. Tras el diagnóstico de la fractura se continuó tratamiento conservador pero las etapas que se indicaron fueron muy dilatadas no ajustándose a las recomendaciones de movilización precoz, lo que ha favorecido la aparición de secuelas como la osteoporosis que también produce el dolor.*
- 5. Las complicaciones de pie plano, artrosis subastragalina y posterior artrodesis no son consecuencia del retraso en el diagnóstico y tratamiento sino complicaciones tardías de la propia fractura".*

**DECIMOSEXTO.-** El día 17 de febrero de 2015 el órgano instructor solicita de la división médica de la compañía aseguradora que proceda a la valoración de los daños sufridos por la interesada.

En relación con ello, obra en el expediente un dictamen de valoración de daños corporales emitido el día 2 de marzo de 2015 por una Médico, Master en Valoración del Daño Corporal y Perito Médico de Seguros, en el que se establece que a la interesada podría corresponderle una indemnización total de 13.983,63 euros, que se corresponde con los siguientes conceptos parciales:

- 171 días impeditivos, a razón de 56,59 euros/día.....9.676,89euros.

- 6 puntos de secuelas por osteoporosis, limitación de movilidad y dolor, por analogía con *"síndrome residual postalgodistrofia"*, a razón de 717,79 euros/punto.....4.306,74euros.

**DECIMOSÉPTIMO.-** Con fecha 4 de marzo de 2015 se confiere a la reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que pudiesen formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tuviesen por convenientes.

El día 23 de marzo la parte reclamante presenta un escrito de alegaciones, de esa misma fecha, en el que pone de manifiesto que no le resulta posible cuantificar en ese momento la reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a la evolución médica de las lesiones de la interesada. De igual modo, acompaña con el escrito diversa documentación relativa al proceso asistencial de la peticionaria.

**DECIMOCTAVO.-** El día 15 de abril de 2015 se formula propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación patrimonial en la cantidad de 13.983,63 euros, más su correspondiente actualización, por considerar que concurren sus elementos generadores.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 28 de abril de 2015.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## CONSIDERACIONES

**PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

## **SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a la reclamante, dado que es la persona que sufre los daños por los que solicita indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos de su competencia.

II. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración (artículo 142.5 LPAC), dado que la interesada interpuso la reclamación el día 21 de mayo de 2012 y había sido asistida inicialmente el día 7 de enero anterior, con independencia de la fecha en la que se puedan considerar estabilizadas las secuelas producidas, que en este caso se puede corresponder con la fecha de alta de rehabilitación, el día 23 de septiembre de 2012.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo en lo que se refiere al plazo máximo para resolver previsto en el artículo 13.3 RRP, a lo que ha contribuido en gran medida la tardanza de la Inspección Médica a la hora de emitir informe (poco más de dos años).

## **TERCERA.-** Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.



3. Ausencia de fuerza mayor.

4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

**CUARTA.-** Sobre el fondo del asunto.

I. Como ya se ha puesto de manifiesto a lo largo de este Dictamen, la interesada acudió el día 7 de enero de 2012 al Servicio de Urgencias del Hospital "Rafael Méndez", después de sufrir una caída accidental que le produjo traumatismos en el brazo y en el tobillo izquierdo. Se le realizaron radiografías que fueron interpretadas como normales y se diagnosticó un esguince de tobillo grado II. Por ello, se indicó reposo cama-sillón con pierna en alto durante 15 días y colocación de tensoplast. Dos meses después, el 6 de marzo, la paciente fue remitida al Servicio de Rehabilitación, en el que se apreció, después de revisar las radiografías anteriores, una posible fractura del calcáneo, por lo que solicitaron nuevas placas que lo confirmaron. Se comprobó que el trazo de fractura había iniciado callo debido al tiempo transcurrido y que la fractura no presentaba desplazamiento.

En este sentido, coinciden el informe pericial aportado por la compañía aseguradora y el informe valorativo realizado por la Inspección Médica en el hecho de que después de una caída desde una escasa altura se debe considerar la posibilidad de que, además de un esguince de tobillo, se haya producido también una fractura en el calcáneo, de mayor o menor gravedad. Esta última posibilidad, como se ha dicho, pasó no obstante inadvertida en la asistencia que se le dispensó a la peticionaria en el Servicio de Urgencias del centro hospitalario referido.

Sin embargo, el perito médico apunta en su informe que, después de haber visto las radiografías que se realizaron a la paciente el día de la urgencia, puede afirmar que la fractura de calcáneo se aprecia con claridad en ambos estudios, y que no se advierte ninguna lesión ósea en el tobillo. Esa apreciación se recoge en la Conclusión 1ª de su informe y en la Conclusión Final.

También se destaca en el informe de la Inspección Médica, después de estudiar dichas radiografías, que se advierte claramente que la fractura pasó desapercibida. Se precisa asimismo que se trataba de una fractura extraarticular con mínimo desplazamiento, que no afectaba a las articulaciones vecinas (calcáneo cuboidea y subastragalina) y que en principio presentaba buen pronóstico (Conclusión 1ª).

Por otra parte, también se explica en dichos informes que el tratamiento de las fracturas de calcáneo puede ser tanto conservador como quirúrgico, pero se destaca en ambos casos que hubiera resultado suficiente un tratamiento conservador en este supuesto. En el informe pericial se apunta expresamente que la fractura era subsidiaria de un tratamiento conservador o funcional, nunca quirúrgico, al menos de entrada (Conclusión 3ª).

Coincide con ello el informe de la Inspección Médica (Conclusión 2ª), en el que también se apunta que, como se señala en la bibliografía acerca de esta cuestión, en las fracturas no desplazadas, como era el caso, resulta suficiente una corta inmovilización y apoyo progresivo. En ese informe se advierte de igual modo que no se sabe si la paciente comenzó a apoyar después de los quince días de reposo recomendado, pero se resalta que en las radiografías que se realizaron el día 6 de marzo de 2012, ocho semanas después del traumatismo, se puede identificar que la fractura de la tuberosidad posterior del calcáneo extraarticular estaba en vías de consolidación, sin desplazamiento de los fragmentos, por lo que el tratamiento seguido para el esguince no afectó a la consolidación de la fractura. También se explica que el proceso de consolidación del calcáneo suele ser siempre muy rápido, dado que es un hueso esponjoso ricamente vascularizado (Así se apunta en la Conclusión 3ª de este informe valorativo). Y esa misma apreciación se contiene en el informe pericial y se refleja en la Conclusión 1ª.

Además, se señala en el informe de la Inspección Médica que las complicaciones que sufrió la paciente, como pie plano, artrosis subastragalina y la posterior artrodesis a la que se tuvo que someter no son consecuencia del retraso en el diagnóstico y en la aplicación del tratamiento, sino complicaciones tardías propias de la fractura de

calcáneo (Conclusión 5ª).

II. Sin embargo, en los dos informes se determina con claridad que la lesión de la reclamante encuentra su causa en la circunstancia de que se le mantuviera en reposo durante un período de tiempo excesivamente dilatado. Además, se explica en esos documentos que las fases del programa de rehabilitación después de una fractura de calcáneo comprenden una primera etapa de descarga, un segundo período de carga progresiva y un tercer ciclo de carga completa. Se reconoce de igual forma que los períodos pueden variar según los autores entre seis y doce semanas, seis semanas y doce semanas, respectivamente.

En relación con este caso, se apunta en el informe de la Inspección Médica que el día 7 de marzo de 2012 el facultativo revisó las radiografías y que identificó la fractura en ambas, y que decidió continuar con el tratamiento conservador (folio 37). De manera más concreta, se destaca que indicó (folio 44 del expediente) que no se cargara ("*no puede cargar aún*") (fase de descarga) cuando se diagnosticó la fractura a las nueve semanas de haberse producido, y se mantuvo hasta la decimoquinta semana se determina en el informe de modo expreso que ello no es adecuado, ya que se debía haber iniciado la carga progresiva en esa etapa.

De modo más específico, también se pone de manifiesto que en la revisión a la que se sometió a la paciente el día 19 de julio de 2012 se insistió (folio 40) en que debía comenzar a cargar de manera completa ("*Tiene que empezar a caminar con carga. Retirar muletas en forma progresiva*"). Sin embargo, se advierte que esa indicación no se tenía que haber realizado a los seis meses, sino a los tres meses de la fractura. También se menciona en el informe que diversos estudios confirman el hecho de que si se sigue un tratamiento conservador la instauración precoz de la movilización mejora los resultados a largo plazo. Se explica asimismo que, de acuerdo con la bibliografía, ese período puede variar entre seis y ocho semanas, aunque algunos autores llegan a las doce semanas. Pero se considera que el retardo en la movilización del tobillo puede producir repercusiones funcionales.

De acuerdo con ello, se concluye en el informe de la Inspección Médica (Conclusión 5ª) que tras el diagnóstico de la fractura se continuó el tratamiento conservador, pero que las etapas que se indicaron fueron muy dilatadas y que no se ajustaron a las recomendaciones de movilización precoz, lo que ha favorecido la aparición de secuelas como la osteoporosis.

El informe pericial coincide plenamente con lo expuesto y señala que cuando se apreció la fractura del calcáneo, en el mes de marzo, se debería haber iniciado el apoyo del miembro. Sin embargo, según se desprende de la información que se contiene en la historia clínica, se mantuvo a la paciente sin apoyo durante otros tres meses, de manera que estuvo en esa situación un total de cinco meses. Entiende el perito que esa circunstancia pudo provocarle una osteoporosis por desuso (Conclusión 2ª y Conclusión Final).

Lo que se ha apuntado hasta ahora permite alcanzar la convicción de que se produjo en este caso una vulneración de la "*lex artis ad hoc*" y de que, como consecuencia de la asistencia sanitaria deficiente que se le dispensó a la interesada, se le ocasionó un daño que no tenía el deber jurídico de soportar. Por esa razón, se advierte que concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad administrativa de carácter sanitario.

**QUINTA.-** Acerca del *quantum* indemnizatorio.

Admitida la efectividad de la lesión y establecida su conexión causal con el servicio público sanitario, procede, como señala el artículo 12.2 RRP, analizar la valoración del daño producido y la cuantía y el modo de la indemnización. En relación con ello, interesa recordar que la reclamante no ha llegado a proponer, en ninguna fase del procedimiento, una cuantificación o evaluación de la responsabilidad patrimonial que pretende, sino que ha demorado esta exigencia -que se le ha formulado en varias ocasiones- y se ha limitado a alegar, con ocasión del trámite audiencia, que la evolución médica de las lesiones que sufría le impedía realizarla en ese momento. En este mismo sentido, tampoco se ha llegado a pronunciar acerca del contenido del dictamen de valoración de daños corporales emitido el día 2 de marzo de 2015 por la división médica de la compañía aseguradora del Servicio consultante, que determinó que podía corresponderle una indemnización total de 13.983,63 euros.

No obstante, este Consejo Jurídico considera, de acuerdo con los pareceres médicos que se contienen en los distintos informes periciales que obran en el expediente, que las secuelas que ha sufrido la interesada se encuentran perfectamente identificadas y estabilizadas, y determinadas en su alcance y extensión, de forma que resulta perfectamente posible efectuar una determinación de la indemnización que resulta procedente en este caso.

Para ello, basta con traer a colación el dictamen de la división médica de la compañía aseguradora (folio 101 del expediente) en el que, de forma fundamentada, se determina que la reclamante precisó 171 días de sanidad, todos ellos improductivos, y reconoce 6 puntos de secuelas por osteoporosis, limitación de movilidad y dolor, por analogía con el proceso *"Síndrome residual postalgodistrofia de tobillo/pie"*.

En ese sentido, se señala en dicho documento con relación a la repercusión del retraso diagnóstico que la artrosis subastragalina y el pie plano postraumático constituyen consecuencias directas de ese tipo de fracturas y que se presentan incluso en condiciones óptimas de tratamiento. Se determina, por tanto, que no pueden atribuirse a dicho retraso diagnóstico. Este estado secuelar está establecido a la fecha de alta de rehabilitación, el 23 de septiembre de 2012.

De igual forma, se apunta en el dictamen que *"El retraso diagnóstico puede condicionar un retardo en el tiempo de consolidación por mala inmovilización de foco de fractura; de hecho, en condiciones normales a fecha 07/03/12 cuando se realiza el diagnóstico correcto, la fractura debería estar prácticamente consolidada, lo que no ha sido el caso, no alcanzándose dicha consolidación hasta el 07/06/12."*

*El retardo de consolidación, a través de un excesivo tiempo de inmovilización y un retardo importante en el inicio de la carga, favorece la producción de una osteoporosis localizada que, a modo de círculo vicioso, dificulta aún más la recuperación, y todo ello favorecido por la edad.*

**TIEMPO DE INCAPACIDAD:** *Se trata de valorar el exceso de tiempo de curación achacable al retraso de diagnóstico. En condiciones normales la evolución de una fractura de calcáneo comprende una fase de inmovilización y descarga de 6 semanas, seguida de una fase de carga parcial progresiva de 6 semanas y una fase de carga completa y reeducación de la marcha de 12 semanas. La evolución de esta paciente se ha detenido en la segunda fase (carga parcial progresiva). Si consideramos como fecha de estabilización secuelar el día de alta en RHB (23/09/12), estaríamos con un período de curación de 261 días, frente a los 90 días (12-13 semanas) que hubiera debido durar, lo que supone un exceso en tiempo de curación de 171 días todos ellos de carácter improductivo.*



*SECUELAS: pie plano y artrosis subastragalina son secuelas inherentes a la fracturas de calcáneo. La única secuela que pudiera guardar relación, aunque parcialmente, con el retraso diagnóstico es la osteoporosis postraumática, en los términos antes indicados. El baremo no recoge expresamente la osteoporosis como secuela, pero por analogía, la valoraremos dentro del proceso "Síndrome residual postalgodistrofia de tobillo/pie (5-10 puntos)", puesto que la osteoporosis localizada es un componente fundamental de este síndrome y nos permite englobar igualmente las secuelas de limitación de movilidad de tobillo y el dolor, en la porción que pudiera corresponder al retraso diagnóstico; no obstante, lo valoramos en el límite inferior del rango (6 puntos), ya que la osteoporosis aunque favorecida por la inmovilización, está influida por la edad, y, por otra parte, no hay constancia de un síndrome algodistrófico establecido en la Historia clínica, y la algodistrofia es una complicación frecuente de los procesos traumáticos en general, favorecida por factores inherentes a la respuesta al trauma de la propia persona".*

De conformidad con lo que se ha señalado, el importe total de la indemnización que procede reconocer en este caso asciende a trece mil novecientos ochenta y tres euros con sesenta y tres céntimos (13.983,63 euros), si bien debe tenerse en consideración que dicha cantidad debe ser actualizada de acuerdo con lo que se establece en el artículo 141.3 LPAC.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución estimatoria, en parte, de la reclamación, ya que el Consejo Jurídico considera que concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, el nexo causal que debe existir entre su funcionamiento y el daño producido.

**SEGUNDA.-** La cuantía de la indemnización a abonar a los reclamantes debería ajustarse a lo indicado en la Consideración Quinta de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.