



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 132/2004

(Sección 1ª)

La Laguna, a 9 de septiembre de 2004.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por L.S.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 138/2004 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen versa sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), en la que se propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por lesiones derivadas, según la reclamante, de los servicios de asistencia sanitaria dependientes del SCS.

La reclamación de indemnización, de SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS DIEZ Y SIETE EUROS CON CINCUENTA Y SIETE CÉNTIMOS (77.917,57) fue debidamente interpuesta por persona legitimada para ello [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)]; presentada en plazo (cfr. arts. 139.2 y 142.5 LRJAP-PAC), pues siendo el alta definitiva el 10 de octubre de 2001, la reclamación fue interpuesta el 25 de septiembre de 2002 [art. 4.2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), aprobado por Real Decreto 429/93].

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

La legitimación pasiva es de la Administración autonómica de conformidad con lo dispuesto en la Disposición Adicional Duodécima LRJAP-PAC y de los arts. 96 y 97 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias [LOSC] y 30, 66, 67, 88 y 89 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [LGS].

En el procedimiento seguido se ha dado cumplimiento, básicamente, a los trámites necesarios dispuesto en la LRJAP-PAC: informe del servicio afectado [art. 10.1 RPRP], trámite de audiencia [art. 84.1 LRJAP-PAC], así como apertura del período probatorio e informe del Servicio Jurídico.

2. Procede señalar, en relación con el procedimiento, que ha transcurrido, injustificadamente, el plazo máximo para resolver y notificar la resolución; no obstante la Administración está obligada a dictar resolución expresa en todos los procedimientos (art. 42.1 LRJAP-PAC), tal y como se propone.

3. De la documentación obrante en el expediente resulta lo siguiente:

El 7 de junio de 2001, la reclamante, de 79 años, con ocasión, dice, "de una visita al Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín, donde tenía cita en el Departamento de Aparato Digestivo", "mientras andaba por un pasillo del Sector B, tropecé con un tope recibidor del cierre de una puerta cortafuegos, el cual sobresalía del suelo. Dicho tope recibidor no se encontraba señalizado de ninguna forma y, precisamente por ello, no lo pude ver y tropecé con él. Es de resaltar que semejante irregularidad del suelo debería haber sido avisada o señalizada, tal y como se me reconoció en su día por escrito y es de sentido común". "(...) a consecuencia de ese tropiezo perdí estabilidad y caí al suelo, con el resultado de una fractura pretocantérea de fémur".

"Dicho accidente dio lugar a mi hospitalización, previa intervención de la Doctora M. quien me asistió y dio orden de que me ingresasen en urgencias del referido centro, donde fui intervenida quirúrgicamente el día 12 siguiente.

Posteriormente, el 3 de Julio me fue dada el alta en el Hospital General para ser trasladada a la Clínica Santa Catalina, donde estuve ingresada hasta el 10 de Octubre de 2001, fecha en que me fue dada el alta médica.

En consecuencia con lo que se relata supra, resulta que he estado hospitalizada durante 125 días.

Así mismo, sufro actualmente una serie de secuelas causadas por el expresado accidente, que son las que seguidamente se relacionan y constan en el informe médico que acompaño a este escrito, a saber:

a) Déficit funcional de cadera izquierda:

Flexión 70 grados, hiperextensión 10 grados, abducción 10 grados, rotación interna 10 grados, rotación externa 10 grados, aducción 5 grados.

b) Acortamiento de la extremidad inferior izquierda en 2,5 cm

c) Coxalgia

d) Gonalgia

e) Déficit funcional del hombro:

Antepulsión 160 grados, retropulsión 20 grados, abudcción 160 grados, rotación interna 40 grados, rotación externa 70 grados.

f) Cuadro depresivo recurrente.

A la fecha del accidente (7.06.01) tenía 79 años, nací el 2.12.21".

Por lo anteriormente relatado reclama, en concepto de indemnización las siguientes cantidades:

a) Por secuelas según baremos de la Ley 30/95 57.439.04 €

b) Por días de baja hospitalaria 6.431,58 €

c) Por 336 días de baja sin estancia hospitalaria 14.046,95 €

El informe médico a que alude la reclamante es emitido por el Centro de Traumatología Teldense el 11 de septiembre de 2002 y figura en el expediente, debidamente suscrito por facultativos titulados, del folio 4 al 14, ambos inclusive.

4. Figuran asimismo en el expediente copias de las historias clínicas de Hospital Doctor Negrín, Centro de Salud de Canalejas y Clínica Santa Catalina; informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Doctor Negrín; informe del Servicio de Mantenimiento y Electromedicina del Hospital Doctor Negrín y fotos realizadas en el mismo del tope receptor de las puertas cortafuegos; finalmente, el informe del Servicio de Inspección, Prestación y Farmacia, de la Secretaría General del SCS.

5. De los informe médicos se desprende:

Como antecedentes, Cardiopatía isquémica. Hipertensión arterial. Dislipemia. Depresión. Osteoporosis. Divertículo de Zenker. Disfagia. Apendicectomizada. Funduplicatura por hernia de hiato. Colectomía.

A la exploración clínica presentó miembro inferior izquierdo acortado y en rotación externa. Dolor a la movilidad activa y pasiva e impotencia funcional.

Decidida intervención quirúrgica hubo que demorarla por los problemas digestivos, distensión abdominal y estreñimiento, que presentaba la reclamante, independiente al cuadro derivado del traumatismo. Por este motivo, se realiza interconsulta a los Servicios de Cirugía General y Digestivo y estudio y seguimiento por estos Servicios.

Mejorada su sintomatología es intervenida quirúrgicamente en fecha 12 de junio de 2001 mediante osteosíntesis D.H.S. de fémur izquierdo.

En control radiográfico postquirúrgico se objetiva fragmentos en buena posición, cambios degenerativos en ambas coxofemorales, con esclerosis subcondral en las cejas acetabulares, cambios degenerativos en el pie de sacroilíacas.

Consta en Hoja de seguimiento en fecha 20 de junio de 2001, solicitud de la familia de traslado a Centro concertado al alta y valoración por el Servicio de Digestivo.

Alta hospitalaria prevista por el Servicio de C.O.T. para el 21 de junio de 2001 ante la posibilidad de que la familia se la lleve a casa.

En la valoración efectuada por el Servicio de Rehabilitación en fecha 2 de julio de 2001 se objetiva: Herida bien (cicatrizada)

B.A. cadera izquierda: 0 - 80°

B.A. MMSS y MMII: libre

FM global MMSS: 5/5

FM global MMII: 5/5

Causa alta en fecha 3 de julio de 2001 con traslado a Centro concertado. Diagnóstico: fractura pertrocantérea de fémur izquierdo. Ileo adinámico.

Ingresa durante el periodo 3 de julio - 10 de octubre de 2001 en la Clínica Santa Catalina.

En fecha 4 de julio de 2001 se solicita interconsulta al Servicio de Rehabilitación, inicia tratamiento el día 6.

Durante la estancia, además de recibir tratamiento rehabilitador, se tratan otros problemas no relacionados con la fractura de fémur. Se ve interferido el tratamiento, hasta el día 17 de agosto, por problemas de hipotensión.

En revisión de fecha 25 de julio de 2001 en el Servicio de Traumatología, una vez causado alta en Centro concertado: No dolor en cadera izquierda. Rx, correcta situación del material y alineación de la fractura.

En revisión de fecha 26 de octubre de 2001, se considera consolidada la fractura y causa alta en el Servicio de C.O.T.

6. El informe del Servicio de Mantenimiento (Folios 73 y ss.), con acreditación de AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) de que las puertas cumplen con la normativa vigente (Folios 419 y ss.) afirma:

“Del tope-recibidor del cierre de puerta motivo de esta reclamación, hemos de hacer constar que dicho tope no se puede eliminar.

En estas puertas cortafuegos de dos hojas, el tope en cuestión es el recibidor del pasador automático, que deja inmovilizada una hoja de la puerta para poder cerrar la otra hoja firmemente.

Cuando las puertas se cierran automáticamente, en caso de incendio, los retenedores electromagnéticos que mantienen las puertas abiertas son actuados por los dispositivos electrónicos de detección y liberan las mismas, con un dispositivo que cierra la primera hoja y es entonces cuando actúa la falleba, que encaja en el tope-recibidor inmovilizándola y a continuación se cierra la segunda hoja por la acción de los muelles retenedores.

Si se eliminan los topes, el sistema de cierre automático de puertas queda invalidado salvo que se sustituyan las puertas por otro sistema”.

Es necesario señalar que en el expediente no consta ningún escrito (ni la reclamante lo ha aportado) en el que los servicios sanitarios reconozcan a la interesada la obligatoriedad de señalar los topes, tal y como afirma en su escrito de reclamación.

Por otra parte del informe del Servicio de Inspección se desprende que la presencia del tope que destaca en la superficie del suelo (5,5 x 7 x 0,8 cm de alto), visible en el reportaje fotográfico, es insustituible para no invalidar el cierre automático de las puertas cortafuegos del hospital en caso de incendio y que no consta la obligación de señalización, así como que dadas las características señaladas “el tropiezo con la misma estará en función de factores de riesgo de caídas (edad, capacidad de desplazamiento, estabilidad, debilidad de miembros inferiores, necesidad de acompañante, calzado inapropiado, trastornos neurológicos, disminución de la agudeza visual, etc.) inherentes a las personas que transitan el hospital”.

“En el caso que nos ocupa, la reclamante tenía 79 años, osteoporosis, depresión, sujeta a medicación, trastornos en la tensión arterial, etc.”

No obstante el servicio público sanitario, atendiendo a la índole de los pacientes (o familiares) que frecuentan el Hospital debe garantizar no sólo la seguridad contra incendios sino también la de aquellos obstáculos que puedan incidir en posible accidente, derivado precisamente de los factores personales de los pacientes.

7. Es reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo que para que exista responsabilidad es imprescindible la existencia de nexo causal (“conditio sine qua non”) entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo producido, aun cuando este lo haya sido de manera mediata, indirecta o concurrente. En el caso que nos ocupa no ha quedado acreditado que el accidente se haya producido por un defecto vinculado al funcionamiento (conservación o señalización) de los servicios sanitarios públicos. El tan mencionado tope se encuentra a la vista, en una puerta cuyo vano tiene 1.85 m. de ancho, que permite el tránsito de personas sin necesidad de pisarlo. Pero no es menos cierto que la situación y dimensiones del tope (obstáculo), sin señalización o advertencia, dificultan la visibilidad del mismo, especialmente respecto de personas enfermas, por lo que nos encontramos ante un

caso de concurrencia de causas. Habida cuenta que tanto las secuelas, como los días de baja hospitalaria, no pueden vincularse en su totalidad al accidente padecido por tropiezo con el tope, tantas veces mencionado, esta Sección I^a estima que el importe de la indemnización debe ser proporcional a los días de baja vinculados al accidente.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho al concurrir concausas según se razona en los Fundamentos I.6 y 7, procediendo indemnizar a la reclamante en cuantía proporcional a los días de baja vinculados al accidente.