



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 1 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 7 de febrero de 2013.

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 J.J.R., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 6/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

Mediante escrito de 7 de diciembre de 2012, la Consejera de Sanidad solicita preceptivamente de este Consejo dictamen por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), sobre Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de J.H.R., presentando reclamación de indemnización por daños en concepto de secuelas físicas y síquicas derivadas de intervención quirúrgica por fractura de tibia y peroné, en cuanto se efectuó proceso de rehabilitación insuficiente que no las elimina al estarse pendiente de ulteriores sesiones de rehabilitación, no realizadas, sin haber evolucionado debidamente por ello tras la operación, así como por cuadro depresivo surgido en consecuencia.

El reclamante solicita indemnización cuya cuantía no concretó en el escrito inicial, ni en el de subsanación, cuando fue instado al efecto por la Administración, aun cuando tal cuantía se ha de determinar si fuere posible (art. 6.1 RPAPRP). En todo caso, cabe su fijación de acuerdo con los datos disponibles en relación con normativa aplicable al respecto.

* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

II

1. La Propuesta de Resolución, desestimatoria, concluye un procedimiento que ha seguido las previsiones de las normas que regulan su tramitación.

La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para hacerlo, al ser la que presuntamente sufrió el daño por el que se reclama [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], haciéndolo antes de vencer el plazo previsto para la prescripción del derecho a reclamar (art. 142.5 de la citada Ley), pues recibió el alta hospitalaria el 19 de marzo de 2007 y la de rehabilitación el 10 de agosto de 2007, con indicación de que debía solicitar nueva valoración para continuar el tratamiento o remitir de nuevo al centro concertado, teniendo cita concertada con el traumatólogo de zona y el Servicio de Radiodiagnóstico el 30 de agosto de 2007 y control en varias ocasiones por el Servicio de Traumatología.

2. Por lo demás, se ha evacuado el preceptivo informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado presuntamente la lesión indemnizable, constando los de Traumatología del centro concertado y de Rehabilitación del Hospital Universitario.

Asimismo, se efectuó trámite probatorio, constando propuesta de pruebas documental, pericial y testifical, no completadas por el interesado, así como el de vista y audiencia, efectuándose correctamente respecto al reclamante e indebidamente al centro concertado, puesto que no es parte interesada, ni ajena a la Administración gestora, al estar integrado en ésta y dependiente de ella a fines prestacionales y de responsabilidad, sin perjuicio de la pertinencia de su informe en este asunto, efectivamente emitido como se dijo.

La Propuesta de Resolución fue informada por los Servicios Jurídicos [art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento].

Compete instruir el procedimiento a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) y resolver a su Director. En este caso, se resolverá cumplido larga e injustificadamente el plazo máximo para resolver y notificar la resolución. No obstante, esta injustificable demora no obsta que se resuelva expresamente, sin perjuicio de las consecuencias administrativas que debe conllevar y, en su caso, las económicas que pudiera comportar [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

III

1. El 19 de febrero de 2007 el reclamante ingresó en el Centro concertado H.S. con fractura de tibia y peroné. Al respecto, alega que la operación se suspendió, estando 15 días sin recibir ningún tipo de cuidados y con el vendaje que llevaba desde el día del accidente, de modo que, al advertir su esposa mal olor, se le condujo al quirófano para raspado por infección en la herida debido al descuido médico, siendo operado una semana después. El alta la obtuvo a la siguiente semana, sin ser citado para controlar la evolución de la herida, aunque recibió curas por enfermero.

Siete meses después de la operación, se inició tratamiento rehabilitador, realizándose 32 sesiones y formulándose el alta el 10 de agosto de 2007, aunque a la espera de una segunda tanda de sesiones para fortalecer las zonas afectadas por la intervención quirúrgica, pues no han evolucionado apropiadamente, según el reclamante, añadiendo que fue el propio rehabilitador quien le dijo que las necesitaba, pese a que el médico de cabecera había dicho que, tras el alta de Traumatología, las secuelas no podían mejorar, contradictoriamente.

Así, manifiesta que continuaron los dolores en las referidas zonas, constando en certificado médico oficial de 27 de junio de 2008 según el cual no se ha procedido a la segunda sesión de rehabilitación por falta de citación del órgano sanitario correspondiente; motivo que, además, le ha generado cuadro depresivo. En este sentido, la pierna presenta callosidades y hay un tendón paralizado, evidenciando color oscuro y ausencia de tono muscular.

2. Según informe de Traumatología, de 20 de febrero de 2007, el paciente presentaba fractura diafisaria distal de tibia, con cuatro fragmentos (conminuta), programándose intervención quirúrgica para el día 22 a fin de efectuar osteosíntesis de tibia con clavo endomedular Trigen.

Sin embargo, con el paciente en quirófano, a la vista del estado de las heridas y excoriaciones, se vio que existía contraindicación absoluta para la cirugía propuesta porque la introducción del clavo, que se inserta por la extremidad proximal del hueso de la tibia para fijar fracturas diafisarias, pasaba necesariamente por dicha región. Por tanto, debió diferirse la operación, aunque se efectuó cura local y desbridamiento de las heridas con anestesia general.

Luego se continuó con curas diarias, estando el paciente afebril y sin signos sépticos, estándose pendiente de evolución de las heridas para ser intervenido; lo que finalmente tiene lugar el 5 de marzo de 2007, sin incidencias y evolución satisfactoria, con mejoría clínica y cicatrización correcta, causando el 19 de marzo de 2007 alta hospitalaria, con indicación de tratamiento farmacológico, deambulación con muletas sin apoyo del pie y control por médico traumatólogo de zona.

Además, el paciente realiza tratamiento rehabilitador entre el 26 de junio y el 10 de agosto de 2007, apreciándose al finalizar las sesiones discreta limitación a la flexión dorsal y plantar; inversión-eversión conservada; sin dolor a la palpación; balance muscular global 4/5.

3. Se pautan seguidamente ejercicios domiciliarios y se indica nueva valoración por rehabilitador a fin de valorar la conveniencia de continuar el tratamiento, pero, por circunstancias que no se conocen, no fue visto por especialista. No obstante, sigue controles por traumatólogo de zona y radiográfico en 2008 (23 de abril, 23 de mayo, 3 de julio y 30 de agosto) y 2009 (12 y 20 de febrero, 11 y 21 de mayo). En esta última ocasión se advierte correcta colocación del material de osteosíntesis, fractura consolidada y alteraciones degenerativas moderadas en rodilla y leves en tobillo izquierdo.

En exploración efectuada el 21 de junio de 2011 por la facultativo H.K., perteneciente a Servicio de Rehabilitación del SCS, a instancia del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), se observó en el tobillo izquierdo similares circunstancias que las referidas al final de la rehabilitación en 2007, incluyendo limitación a la flexión dorsal de 15° y plantar de 30°.

Respecto a la no continuación de las sesiones de rehabilitación, la Jefe del antedicho Servicio señala el 16 de octubre de 2012 que, finalizado el tratamiento rehabilitador en el centro concertado, el paciente debe solicitar cita para ulterior valoración en centro público por especialista.

4. Según el informe del SIP, el paciente en efecto realizó rehabilitación tras el alta hospitalaria en las fechas ya indicadas y con el resultado igualmente mencionado al alta o finalización, con pertinencia de ejercicios en casa y valoración por rehabilitador previa cita a los efectos oportunos, sin que se hiciera tal valoración al no instarlo el paciente.

Por otra parte y como se dijo, la exploración del reclamante en junio de 2011 permitió concluir que la fractura fue tratada correctamente, consolidando con función aceptable de la extremidad. Además, se indica que en las fracturas de diáfisis tibial existe un periodo entre 90-120 días de incapacidad para cualquier actividad, siendo frecuente tener síntomas durante un largo periodo de tiempo, hasta 24 meses después tras un tratamiento sin complicaciones de una fractura de tobillo, con posible secuela, cual aquí ocurre, de ligera limitación en la flexión dorsal y plantar del tobillo afectado.

Por tanto, el SIP considera que no existe relación entre el estado final del reclamante y la lesión por la que reclama. Así, ésta es debida a sufrir fractura de diáfisis tibial conminuta e inestable que exige intervención con la técnica utilizada, que tuvo resultado favorable, con correcta colocación del material y consolidación. En definitiva, el tratamiento realizado en el Centro H.S., con curas, cirugía y rehabilitación, se ha ajustado a la *lex artis*, sin poder exigir responsabilidad por ello a la Administración sanitaria.

En puridad, lo que se pretende decir es que, por las razones reseñadas, la secuela definitivamente determinada no es una lesión antijurídica, siendo leve e inevitable consecuencia del daño traumatológico sufrido por el reclamante, sin existir conexión entre su generación y el funcionamiento del servicio, correcto en forma de la asistencia efectuada.

IV

El interesado fundamenta su pretensión indemnizatoria en varias causas conexas, comenzando por un supuesto tratamiento tardío de su fractura de tibia, al ser intervenido dos semanas después de su ingreso por tal motivo, generándose entretanto una infección que dificultó su recuperación. Además, pese a la recomendación del rehabilitador que lo atendió inicialmente, no recibió nueva tanda de sesiones, por lo que finalmente se ha quedado con la limitación a la flexión de referencia; circunstancia que le ha provocado además cuadro depresivo.

Por consiguiente, a la luz de los datos disponibles, en función de las actuaciones efectuadas en fase de instrucción y la documentación que consta en el expediente, ha de dilucidarse si la asistencia producida, en el proceso curativo descrito, incluyendo acciones y eventuales omisiones, se ajusta a la *lex artis*, siendo o no el daño alegado imputable en su causa a la Administración, total o parcialmente.

1. Respecto de la primera de las causas alegadas, consta en el expediente que, dada la situación de la herida del paciente y pese a requerir cirugía su dolencia, existía contraindicación para efectuarla enseguida por las consecuencias de la técnica a emplear al respecto, aunque se trató debidamente la herida en quirófano y posteriormente. No obstante, cabe cuestionar que, al parecer, no se informara al paciente de la circunstancia descrita, pero no hay razón para considerar inadecuada tanto la decisión adoptada, como el tratamiento posterior, con realización de la intervención en el momento apropiado por lo demás.

Y tampoco existen datos o indicios en el expediente, salvo las alegaciones del interesado, de que la herida se infectara en el intervalo, recibiendo curas diarias y estando el paciente afebril y asintomático de sepsia, procediendo el problema en su caso de su estado al ingreso y resolviéndose precedentemente, hasta estar en las debidas condiciones para operar.

2. En cuanto a la no continuación, más que propiamente suspensión, de la rehabilitación o no valoración del paciente por rehabilitador para considerar nueva tanda de sesiones, con posible efecto en la secuela definitiva y, eventualmente, aparición de cuadro depresivo por ello, las posibles dudas sobre la no reanudación las despeja el informe complementario del Servicio de Rehabilitación.

Sin embargo, en visita a Atención Primaria el 16 de junio de 2008 el paciente hace constar como motivo de la misma que se le avisaría para otro ciclo rehabilitador tras obtener el alta de Traumatología; lo que no se había hecho, por lo que sufre cuadro depresivo secundario al proceso. Pero no pidió cita entonces con el Servicio de Rehabilitación.

No obstante, cabe advertir que el interesado fue valorado por traumatólogo antes y después de esa visita, como se dijo, hasta el 21 de mayo de 2009, sin constar indicación de la pertinencia de nuevo tratamiento rehabilitador, sino la observación de estar pendiente de valoración por rehabilitador para continuar el tratamiento y, en su caso, observación cuando termine una segunda tanda de sesiones. Al respecto consta que, teniendo consulta en el Servicio de Rehabilitación los días 3 de junio y 1 de julio de 2011, no acudió a ella, sin haber tampoco solicitado cita al efecto previamente.

Justamente, está acreditado que el rehabilitador del centro concertado había comunicado expresa y claramente al paciente que, finalizadas las sesiones iniciadas, debía solicitar valoración en el Servicio para la continuidad o no del tratamiento, sin

que el paciente lo hiciera, ni siquiera consultara al traumatólogo de control al respecto, sin perjuicio de lo indicado sobre su visita a Atención Primaria.

3. En todo caso, parece que el estado de la secuela del paciente, tras la intervención y la realización de la rehabilitación, no ha variado entre agosto 2007, al finalizar las sesiones, y junio de 2011, al ser explorado al respecto. Por eso, como indicó el médico de cabecera y producido el alta traumatólogica, cabe entender finalizado el proceso curativo y determinado entonces el alcance de la secuela, consistente en limitación de flexión dorsal y plantar al darse el alta de rehabilitación, sin dato médico alguno, resultante de los sucesivos controles traumatólogicos, que permita mantener que puede haber mejora al efecto con más sesiones de rehabilitación, sin perjuicio de que ayuden a conllevar sus efectos.

En esta línea y en relación con las alegaciones del paciente respecto a la situación de la pierna después de la intervención, sin constar datos contradictorios o contradicción por el interesado, fundada o no, consta que la fractura comporta un largo período de incapacidad para toda actividad y es frecuente que se mantengan síntomas del problema hasta 24 meses después, incluso sin complicaciones en el tratamiento, inicial o posterior, incluida la rehabilitación, ha de entenderse.

4. Por último y en relación con el cuadro depresivo alegado por el paciente en este proceso, ha de advertirse que su producción, de acuerdo con lo expuesto, no puede afirmarse que sea causada por la actuación de la Administración gestora, ni, en concreto, se deriva de una asistencia indebida o deficiente. Y ello, sin perjuicio de que proceda obviamente su tratamiento por el SCS.

Precisamente, ha de advertirse que se incurriría en responsabilidad si no se hubiese actuado en orden a que el paciente fuese tratado por este motivo por el Servicio correspondiente o, al menos, se valorase la existencia o no de tal depresión, siendo remitido al mismo a los efectos pertinentes. En este sentido, obra informe en el expediente confirmando la presencia de depresión, con peligro de daño autoinfligido, en el interesado.

Además, de informarse por especialista en rehabilitación que la secuela del paciente habría mejorado con una segunda tanda de sesiones a realizar tras la consulta a Atención Primaria en junio de 2008, pudiendo ser advertido entonces el paciente de su error al respecto o tramitándosele la correspondiente cita al conocerse el motivo de su visita, sería exigible responsabilidad por falta de oportunidad curativa por deficiencia informativa, aunque fuese limitadamente.

Todo ello salvo acreditación de que el cuadro depresivo alegado era inexistente, siendo erróneo el antedicho informe sobre el particular o está superado hace tiempo habiendo prescrito el derecho a reclamar por este concepto: o bien, de que se informó al paciente sobre la pertinencia de solicitar cita con rehabilitador o, en fin, que en todo caso la secuela estaba definitivamente determinada en su alcance desde 2007, sin poder ser solucionada o siquiera disminuida con un segundo ciclo rehabilitador.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, sin perjuicio de las observaciones realizadas en el Fundamento IV.4, con eventual exigencia de responsabilidad por los conceptos y razones explicitadas, salvo acreditación de las circunstancias allí indicadas.