



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 138/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 16 de abril de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de su hijo menor (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 117/2019 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 18 de marzo de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 21 de marzo de 2019. De la cuantía reclamada se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), la cual es aplicable, en virtud de la Disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la Disposición derogatoria 2, a) y la Disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

* Ponente: Sra. de León Marrero.

2. Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la Disposición transitoria tercera, a), en relación con la Disposición derogatoria 2, d) y la Disposición final séptima de la LPACAP.

3. Ha de advertirse que el presente expediente trae causa del que fuera objeto de nuestro Dictamen 368/2017, en el que se concluía la procedencia de la retroacción del procedimiento abreviado tramitado, dada la inadecuación del mismo, al no ser inequívoco el daño y su cuantificación, procediendo al levantamiento de la suspensión del procedimiento general acordada para volver a él con todos sus trámites, tal y como establece el art. 17.1 RPAPRP.

II

1. Tal y como señalábamos en el citado dictamen, en el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama, si bien, en este caso, al tratarse de un menor, presenta la reclamación su madre, (...), quien ostenta su representación legal, tal y como se acredita en el expediente. No obstante, como pone de manifiesto la Propuesta de Resolución, en la actualidad el interesado ya es mayor de edad, por lo que, no obrando en el expediente poder de representación a favor de su madre, que ya no ostenta su representación legal, a él deberán dirigirse los trámites actuales, esto es, la Resolución e indemnización.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. Se cumple, asimismo, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues ésta se presentó el 7 de enero de 2014, ante la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, respecto a la fecha de la intervención quirúrgica (21 de septiembre de 2012), fecha en la que el menor fue operado y que se alega

innecesaria con el adecuado tratamiento y diagnóstico desde el inicio del proceso asistencial. Sin embargo, consta previamente reclamación por la misma causa presentada en la hoja de reclamaciones en el ámbito sanitario el 19 de septiembre de 2012, que fue contestada por la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios el 5 de diciembre de 2012. Por tanto, no ha transcurrido el plazo de un año para reclamar de conformidad dispuesto en el art. 142.5 de la LRJAP-PAC.

III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado por los siguientes hechos:

«Mi hijo, (...), nacido el 3/11/1999, tuvo una caída accidental en el mes de abril de 2012. Acudimos al Servicio de Urgencias, y tras realizarle una radiografía, nos recomendaron una crema antiinflamatoria.

Dados los continuos dolores que padecía, el 28 de mayo de 2012, llevamos al niño a su pediatra (...) quien recomendó ibuprofeno 600 mgr y revisión en una semana.

El día 5 de junio de 2012 volvimos a llevar al niño al pediatra, dado que los dolores en la cadera iban aumentando. En esta ocasión, la doctora solicitó una eco y radiografías de caderas, siendo derivada al servicio de traumatología. Su diagnóstico fue Coxalgia.

En el mes de junio de 2012 se le realiza una ecografía pélvica, sin que se hallaran signos inflamatorios, sin descartar un desgarro muscular, y la radiografía que se le hizo no apreciaba ninguna alteración.

(...)

Los dolores persistían y la cojera de mi hijo era evidente, sin que prácticamente pudiera andar, al no poder apoyar el pie izquierdo.

Nuevamente la pediatra nos remite al Servicio de traumatología, siendo atendidos el 10 de septiembre de 2012, remitiéndonos a HMI para valoración.

Ese día fue ingresado de urgencias en el Hospital Materno Infantil siendo diagnosticado de "Epifiolisis de grado I de la cabeza femoral".

(...)

El 21 de septiembre de 2012 se le practica a mi hijo una operación quirúrgica, colocándole 2 tornillos de 90 mm en el fémur izquierdo y otro profiláctico en el fémur derecho.

El médico responsable nos indicó que si se hubieran llevado a cabo las radiografías adecuadas, se habría detectado el problema, y con una simple escayola se hubiera evitado la operación, y la colocación de los tornillos en las piernas de mi hijo. Actualmente mi hijo tiene

una ligera cojera dado el tiempo que estuvo postrado en la cama, y estando en crecimiento, se ha producido una malformación. Se encuentra todavía en tratamiento de rehabilitación desde entonces, con la próxima cita prevista para el 18 de febrero de 2014».

Se solicita por todo ello una indemnización que es cuantificada en 13.502,32 €.

IV

1. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 9 de enero de 2014 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. De ello recibe notificación el 20 de enero de 2014, viniendo a cumplimentar este trámite el 30 de enero de 2014.

- Por Resolución de 4 de febrero de 2014, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que es notificada ésta el 10 de febrero de 2014.

- El 4 de febrero de 2014 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), acerca de la posible prescripción de la acción, que, tras recabar la documentación oportuna lo emite el 16 de junio de 2014. En el mismo se concluye que, puesto que el alta del menor se produjo el 21 de septiembre de 2012, en tal fecha quedó determinado el daño, sin que deba considerarse *dies a quo* el fin de medidas rehabilitadoras o paliativas, habiéndose presentado reclamación el 7 de enero de 2014, ésta está prescrita. A tal conclusión llega por entender que la reclamación en el ámbito sanitario no indica afectación patrimonial alguna, por lo que no interrumpió el plazo de reclamación.

- El 19 de junio de 2014 se remite escrito a la interesada señalando la prescripción de la acción, a tenor del informe del SIP, por lo que se concede plazo de alegaciones. Ello es notificado el 8 de julio de 2014, a lo que la reclamante responde, mediante alegaciones presentadas el 31 de julio de 2014, que se presentó escrito de reclamación en el ámbito sanitario el 19 de diciembre de 2012, cuya respuesta no se notificó hasta el 3 de enero de 2013.

- El 29 de marzo de 2016 se solicita nuevamente informe al SIP en el que se plantea que la fecha del alta del menor no determine el *dies a quo* del plazo de prescripción, dado que el propio informe de alta ya cita al paciente para el 4 de octubre de 2012. Dicho informe se emite el 10 de mayo de 2016, sin que se pronuncie sobre la prescripción, si bien se deduce que no se ha producido la misma, pudiéndose

considerar la existencia de responsabilidad de la Administración, que cuantifica en 3.500 euros en concepto de daños morales.

- El 1 de julio de 2016, con reiteración el 25 de abril de 2017, se solicita al SIP la remisión de informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), que se remite el 31 de mayo de 2017, sobre el fondo de la reclamación, por resultar incompleta la documentación tenida en cuenta en el que se emitió el 10 de mayo de 2016.

- Mediante Resolución de 6 de junio de 2017 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se acuerda la suspensión del procedimiento general e inicio de procedimiento abreviado, lo que se notifica a la interesada el 3 de junio de 2017, proponiendo acuerdo indemnizatorio en cuantía de 3.500 €.

- Con fecha de 20 de junio de 2017, la interesada presenta escrito en el que se manifiesta su disconformidad con el acuerdo indemnizatorio.

- El 22 de junio de 2017 se emite Propuesta de Resolución estimando parcialmente la pretensión de la reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, emitiéndose al respecto informe favorable por el Servicio Jurídico, el 27 de julio de 2017. En fecha 3 de agosto de 2017 se emite Propuesta de Resolución definitiva, que es remitida a este Consejo para ser dictaminada.

- El 16 de octubre de 2017 se emite Dictamen nº 368/2017 por este Consejo Consultivo, en cuyo Fundamento IV.2, se señala:

«Ha de objetarse a la tramitación del procedimiento que, tal como se señalara en otros dictámenes de este Organismo (por todos, los DCCC 99/2014 423/2015 y 64/2017), el art. 14 RPAPRP establece como presupuesto del procedimiento abreviado que se entienda por el instructor que son inequívocas la relación de causalidad entre la lesión y el funcionamiento del servicio público, la valoración del daño y el cálculo de la cuantía de la indemnización.

En el presente caso, si bien la relación de causalidad resulta inequívoca, tal y como se desprende de los informes obrantes en el expediente, sin embargo, no ocurre lo mismo con el alcance del daño, su valoración y el cálculo de la cuantía indemnizatoria.

Durante la sustanciación del procedimiento abreviado se propone por el órgano instructor la terminación convencional del mismo (art. 15.2 RPAPRP), por importe de 3.500 euros, cantidad que no es aceptada por la reclamante, precisamente porque resulta controvertida la cuantía indemnizatoria y el propio daño alegado.

Por lo tanto, al no ser inequívoco el daño y su cuantificación, no resulta procedente la tramitación de la solicitud de responsabilidad patrimonial por el procedimiento abreviado, por lo que procede la retroacción del procedimiento y el levantamiento de la suspensión acordada para volver a él con todos sus trámites, tal y como establece el art. 17.1 RPAPRP.

En especial, dada la discrepancia existente, debe abrirse por el órgano instructor trámite probatorio (art. 80.1 LRJAP-PAC y art. 9 RPAPRP) para, una vez concluido éste, conceder audiencia a la interesada, dictar nueva Propuesta de Resolución que deberá ser sometida a dictamen de este Consejo Consultivo».

- Mediante Resolución de 25 de octubre de 2017, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se acuerda la retroacción del procedimiento, con apertura de periodo probatorio, lo que se notifica a la reclamante el 31 de octubre de 2017.

- El 17 de enero de 2018 se dicta acuerdo probatorio, admitiendo las pruebas propuestas por la reclamante e incorporando las aportadas por la Administración y, siendo todas ellas documentales y constando en el expediente, se acuerda la conclusión de este trámite. De ello recibe notificación la parte interesada el 1 de febrero de 2018.

- El 17 de enero de 2018 se acuerda la apertura de trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 1 de febrero de 2018, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 15 de marzo de 2019 se emite Propuesta de Resolución estimando parcialmente la pretensión de la reclamante en los mismos términos de la emitida el 22 de junio de 2017, debiéndose corregir en la misma, por ello, la alusión realizada en el Fundamento de Derecho Sexto, *in fine*, a que la propuesta se emite de conformidad con lo dispuesto en los arts. 14 y ss. del RPAPRP, pues tales artículos se corresponden con el procedimiento abreviado, no con el general.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución estima parcialmente la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial el del SIP.

2. Efectivamente, entendemos que, como se razonará, dada la documentación existente en el expediente, debe ser estimada parcialmente la reclamación interpuesta en los términos señalados en la Propuesta de Resolución, a cuyo efecto es preciso señalar, como hace ésta, los antecedentes clínicos de interés en relación con

el presente procedimiento que constan en la historia clínica del interesado, expuestos en el informe del SIP, que son los siguientes:

«1.- El 28-5-2012 el paciente, de 12 años, acude a su centro de salud en Vecindario, por sufrir una caída accidental desde un muro. Consulta por dolor en cadera izquierda irradiado al músculo Cuádriceps, de un mes de evolución e impotencia funcional, con dolor y limitación a la flexión y a las rotaciones de la cadera izquierda. Se le pautó tratamiento antiinflamatorio.

2.- El 5-6-2012 se consulta de nuevo al Médico Pediatra, quien solicita Ecografía y radiografía de caderas.

3.- El 20-6-2012 la Ecografía pélvica practicada resultó sin signos inflamatorios pero sin descartar un desgarro muscular y en la radiografía realizada, también el 20-6-2012, no se apreció ninguna alteración. Se diagnostica como dolor articular pelvis-muslo, en la consulta habida en el Centro de Salud, en fecha 20-6-2012. La respuesta al tratamiento antiinflamatorio fue escasa y se solicitó interconsulta a Traumatología.

4.- El 10-9-2012 el paciente fue remitido al Hospital Materno Infantil, donde tras practicar otra radiografía de caderas, en el Servicio de Urgencias, le fue diagnosticado: Epifisiolisis grado I de la cabeza femoral izquierda.

5.- El 19-09-12 bajo control radioscópico, se practicó cirugía de cadera (epifisiodesis bilateral) previa firma -por parte de la progenitora del paciente menor-, del documento de Consentimiento Informado. Se procedió a colocar 2 tornillos de 90 mm, guiados con agujas brocadas, en el fémur izquierdo, y uno profiláctico en el fémur derecho, además de epifisiodesis profiláctica de cadera, derecha con tornillo canalado de 90. Se coloca férula antirrotatoria en miembro inferior izquierdo; todo ello bajo anestesia general.

6.- El 21-9-2012 puesto que el post-operatorio cursó dentro de límites normales, y por no precisar continuar tratamiento hospitalario, se cursó Alta hospitalaria.

7.- El 04-10-12 el paciente acudió a Consultas Externas de Traumatología y Cirugía Ortopédica del CHUIMI, para revisión y control.

8.- El 26-9-2013 el paciente, de 13 años y 10 meses, es remitido por Reumatología, al Servicio de Rehabilitación por acortamiento isquiotibial bilateral. Reumatología valora al paciente por poliartropatía inespecífica pero descarta enfermedad reumática, y objetiva retracción del músculo isquiotibial. Actualmente refiere dolor en hueco poplíteo al caminar o hacer ejercicio. Mejora con el reposo. No precisa tratamiento farmacológico.

9.- Rehabilitación refiere lo que a continuación se señala:

Como antecedente personal relevante, una Epifisiolisis Grado I de cabeza femoral izquierdo en septiembre 2012, que precisó osteosíntesis con 2 tornillos de 90 mm en fémur izquierdo y uno profiláctico en fémur derecho, e inmovilización de unas 6 semanas. Acude a

natación. Aparentemente normal, marcha con rotación externa de pies y tendencia al equino, marcha de talones con mucha dificultad.

Acortamiento de la cadera posterior, con DDS 33 cm. Incapaz de acuclillarse con apoyo de talones hueco poplíteo de 30°. Se enseña ejercicios para estiramiento en casa; mando a centro concertado, ciclo corto, tratamiento 3veces/semana, revisión en noviembre de 2013.

Se pauta estiramiento de la cadera posterior y se enseñan ejercicios para domicilio de flexibilización de la columna lumbar. Se administra calor en musculatura isquiotibial previo tratamiento, frío al finalizar si dolor.

10.- El 28-06-2013 existe acortamiento isquiotibial 2° a epifisiolisis de cadera. Paciente que tras epifisiolisis de cadera izquierda, presenta (2° a inactividad) importante pérdida de flexibilidad en isquiotibiales, con dolor y tensión. No patología reumática.

11.- El 18-11-2013 en la exploración Física General, se indica: paciente de 14 años, molestias en hueso poplíteo izquierdo, al caminar o correr, acude a tratamiento 3v/sem. No realiza los ejercicios en casa.

Talla: 170 cm.

Marcha aparentemente normal, con rotación externa de pies y tendencia a equino, marcha de talones con dificultad. Acortamiento de cadera posterior, con DOS 23 cm. Incapaz de acuclillarse con apoyo de talones.

Enseño ejercicios para estiramiento en casa, renovar ciclo corto, tratamiento 3v/sem y revisión en enero 2014.

Insistir en trabajar los ejercicios en casa.

Plan Diagnóstico-Terapéutico: Insistir en estiramiento de la cadera posterior y, enseñar ejercicios para domicilio, flexibilizar columna lumbar, calor en musculatura isquiotibial previo tratamiento; frío al finalizar si dolor.

12.- El 14-4-2014 el paciente, de 14 años y 5 meses, mejoró con rehabilitación; finalizó a finales de enero, desde entonces hace los ejercicios irregularmente y tiene molestias al arrodillarte. Exploración Física:

La Talla: 172.5 cm, (el Servicio de Inspección constata que el paciente menor, está creciendo en altura).

FFCC-aparentemente normal, marcha con rotación externa de pies leve, marcha de talones con dificultad. Acortamiento de cadera posterior, con DDS 34 cm. Incapaz de acuclillarse con apoyo de talones, hueco poplíteo de 60°D y 70° I. Se insiste en ejercicios para estiramiento en casa, revisión en dos meses, si no mejora mandar 10-15 sesiones en verano.

13.- El 18-6-2014 consta: paciente de 14 años y 7 meses, con epifisiolisis de cadera izquierda intervenida. Dentro de 1 mes control por COT.

Ha estado realizando los ejercicios en el domicilio -de vez en cuando-. Refiere estar asintomático, molestias ligeras al arrodillarse.

Practica boxeo 5 veces a la semana, balonmano 2 veces, y piscina 3 veces en semana.

Talla: 173 cms.

Marcha: Con buen patrón para su edad, marcha de talón y de puntillas posible. Salto con los pies juntos. Salto monopodal. Buena respuesta a los desequilibrios con apoyo monopodal. Ligeramente acortamiento de la musculatura de la cadera posterior. Distancia dedo suelo de 7 cms. BAA de caderas, rodillas y tobillo libre.

Pies: Buena huella plantar para su edad, retropié alineado. Pie plano grado II, retropié en valgo. Raquis: Hombros y escápula alineada. Eje occípito-sacro alineado. No flechas ni gibas.

Plan: Continuar con ejercicios en el domicilio (estiramientos), revisión en septiembre 2014 y valorar Alta».

3. Pues bien, en la reclamación se solicita una indemnización que, en escrito de alegaciones presentado el 30 de enero de 2014, se basa en el daño consistente en los días de hospitalización por intervención quirúrgica, días no improductivos y secuelas, al plantearse en la reclamación:

«(...) si se hubieran llevado a cabo las radiografías adecuadas, se habría detectado el problema, y con una simple escayola se hubiera evitado la operación, y la colocación de los tornillos en las piernas de mi hijo.

Actualmente mi hijo tiene una ligera cojera dado el tiempo que estuvo postrado en la cama, y, estando en crecimiento, se ha producido una malformación. Se encuentra todavía en tratamiento de rehabilitación (...)».

Ante los términos de la reclamación, el informe del SIP, cuyas conclusiones son recogidas en la Propuesta de Resolución termina señalando que, ciertamente, se produjo una actuación no conforme a la *lex artis ad hoc*, si bien no respecto del tratamiento dispensado, pues, como veremos, ante la patología del menor el tratamiento de elección era el quirúrgico, el realizado, y no colocar una escayola, como afirma la madre del paciente, sino que la falta de adecuación a la *lex artis* lo fue respecto a las pruebas realizadas para el diagnóstico.

En tal sentido, señala el citado informe:

«1. Constatamos que en todo estudio de imagen, preliminar, en radiología simple, para lograr un diagnóstico de certeza, es preciso realizar al menos dos proyecciones —antero-posterior y axial.

En el caso que analizamos, se realizó una única proyección, en la que el resultado fue de normalidad para la cadera estudiada.

2. Salvo por lo mencionado en el punto anterior, la actuación de los servicios asistenciales fue correcta -en la atención dispensada al paciente menor-, por lo siguiente: Se le exploró físicamente, se hicieron pruebas de imagen (Radiografía y Ecografía) que resultaron dentro de la normalidad, se pautó tratamiento antiinflamatorio. Como quiera que, la sintomatología persistió y aumentó, se le remitió al Hospital, donde se realizó una nueva radiografía de caderas -en esta ocasión con sus dos proyecciones-, obteniendo en ellas un patrón de Epifisiolisis en la cabeza del fémur de la cadera izquierda. Se trató mediante cirugía (que es el tratamiento de elección), actuando, no solo en la cadera izquierda, sino preventivamente en la derecha. Posteriormente, se realizó rehabilitación.

3. No nos es posible conocer, qué hubiera sucedido si se hubiese realizado la segunda proyección (que es obligado) y, por tanto, no debemos valorar un resultado hipotético que condicionaría el tratamiento a realizar. Pero en cualquier caso, no se trataría "de resultados sino de medios" y, en este caso, estimamos que debería haberse realizado esa segunda proyección (axial).

4. Así pues, consideramos que debería haberse indicado y efectuado, al menos dos proyecciones (antero-posterior y axial), en la indicación de: Radiografía simple de caderas; tal y como señala la señora reclamante, en su escrito de fecha 12-12-2013, en lo mencionado -según éste escrito-, por el Médico responsable, que señaló: (...) que si se hubieran llevado a cabo las radiografías adecuadas, se habría detectado el problema.

5. Por consiguiente y por todo lo que precede, el Servicio de Inspección considera -en prudencia- que existe responsabilidad patrimonial en la Administración Sanitaria. Por ello, estima que la señora reclamante, debe ser indemnizada en concepto de daño moral, en la cuantía de 3500 €, toda vez que la primera radiografía de caderas, no se realizó con sus dos proyecciones imprescindibles (antero-posterior y axial) -faltando una de ellas, que hubiera sido lo correcto y ajustado a la lex artis».

Y es que, como previamente justificó el informe del SIP, la patología de origen, y que produce las actuales secuelas, la epifisiólisis de cabeza femoral (ECF) que

padecía el menor, existía con carácter previo a la asistencia médica. Se explica en el informe del SIP que la ECF se describe como el desplazamiento de la epífisis (cabeza femoral) respecto a la metáfisis (cuello) a través de la fisis, siendo propia de pacientes adolescentes y con mayor incidencia en casos de obesidad, lo que concurría en el menor: consta en su historia clínica con fecha 9 de diciembre de 2010 que fue diagnosticado de Obesidad grado II de más de cinco años de evolución con hipercolesterolemia hipertriglicerolemia.

Asimismo, se aclara en este informe que el fracaso en el mantenimiento de la estructura de la cadera se pone de manifiesto por factores mecánicos y traumáticos, por lo que probablemente la caída del menor sufrida un mes antes, fue ésta la que la puso de manifiesto la patología, pues aumentó la facilidad de desplazamiento/cizallamiento de la fisis cartilaginosa de crecimiento, como es el caso.

Dadas estas premisas, explica posteriormente el SIP que la ECF se clasifica, entre otros criterios, en estable cuando el paciente es capaz de caminar e inestable cuando no puede hacerlo ni siquiera con ayuda de bastones, siendo, en el presente caso, estable, dado que se constata en la historia clínica que el paciente puede estar de pie apoyado en un solo pie guardando muy bien la estabilidad monopodal. La marcha tiene buen patrón para su edad. Marcha de talón y de puntillas posible. Salto con los pies juntos. Salto monopodal. Buena respuesta a los desequilibrios con apoyo monopodal.

Y, a continuación se señala que el tratamiento de elección en las estables es la fijación mediante abordaje quirúrgico in situ con tornillos, que es lo que se hizo en el presente caso.

Por ello, y teniendo en cuenta que ninguna responsabilidad tiene la Administración en la patología del paciente, propia de sus factores y puesta de manifiesto un mes antes de la primera asistencia sanitaria (Consta en su historia clínica: El 28-5-2012 el paciente, de 12 años, acude a su centro de salud en Vecindario, por sufrir una caída accidental desde un muro. Consulta por dolor en cadera izquierda irradiado al músculo Cuádriceps, de un mes de evolución e impotencia funcional, con dolor y limitación a la flexión y a las rotaciones de la cadera izquierda. Se le pautó tratamiento antiinflamatorio), y que, en todo caso, el tratamiento indicado era la intervención quirúrgica realizada, nada puede reclamarse por haberse realizado ésta, y, por ende, por los días de hospitalización, ni respecto a

las secuelas sufridas tras la intervención quirúrgica, pues se desconoce las que hubiera sufrido de haberse realizado con anterioridad, ni de los días no impositivos posteriores a la intervención.

Por ello, es correcta la Propuesta de Resolución en cuanto señala:

«(...) lo que se indemniza es la pérdida de oportunidad valorando la responsabilidad por la disminución de oportunidad de curación, o de minoración de las secuelas.

En estos casos el daño, no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay pues una cierta pérdida de alternativa de tratamiento, que se asemeja en cierto modo al daño moral, que es concepto indemnizable. En definitiva es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido igualmente, de haber actuado diligentemente. (Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, de 27 de septiembre de 2011)».

Ahora bien, no puede desconocer la Administración que, durante el tiempo en el que no se realizó el diagnóstico correcto por no realizarse la prueba indicada, esto es, entre el 28 de mayo de 2012 y el 10 de septiembre de 2012, el paciente acudió en diversas ocasiones por impotencia funcional y dolor, pudiendo haberse evitado aquella sintomatología de haberse diagnosticado antes y, por ende, intervenido quirúrgicamente con anterioridad. Aquel periodo de tiempo con un inadecuado tratamiento por falta de correcto diagnóstico, sin perjuicio de la pérdida de oportunidades que valora la Propuesta de Resolución, también supuso un daño físico que se ha de indemnizar.

Entendemos que el mismo, al no tratarse de un elemento objetivo, dado que no se justifica en la reclamación que haya producido una incapacidad impositiva para su vida cotidiana al menor, y dado que apenas transcurrieron tres meses y medio desde la primera asistencia médica hasta la efectiva realización de la intervención quirúrgica (19 de septiembre de 2012), y que, previamente, a pesar de los dolores, el menor no había acudido a la sanidad hasta un mes después de la caída que puso de manifiesto su patología, debe cuantificarse en 500 euros.

4. Por todo lo expuesto, entendemos que la Propuesta de Resolución es parcialmente conforme a Derecho, pues, no siendo conforme a la *lex artis ad hoc* la asistencia sanitaria prestada al interesado, corresponde a éste ser indemnizado por

los daños morales causados por pérdida de oportunidades, cuantificados en 3.500 euros, si bien, deberá adicionarse una indemnización por daños físicos, tal y como se ha fundamentado, de 500 euros, cantidades que deberán actualizarse en virtud de lo dispuesto en el art. 141.3 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es parcialmente conforme a Derecho debiendo estimarse la reclamación interpuesta en los términos expuestos en el presente dictamen.