



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 170/2020

(Sección 1ª)

La Laguna, a 1 de junio de 2020.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 146/2020 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la propuesta de resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. El reclamante solicita una indemnización de 59.081,48 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

Por su parte, 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado al haber sufrido un daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Por otro lado, corresponde al Servicio Canario de la Salud la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), circunstancia que por otra parte no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria.

6. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver -tal y como reconoce la propia propuesta de resolución-, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

7. En el análisis a efectuar de la propuesta de resolución formulada, resulta de aplicación, además de la LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; así como la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

8. A la tramitación del presente procedimiento consultivo, le es de aplicación lo establecido en la Disposición Adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En atención al mencionado Real Decreto se dictó por el Presidente de este Consejo Consultivo la Resolución n.º 14/20, de 17 de marzo, ordenando la interrupción de los plazos para la aprobación de dictámenes, lo que ha afectado a la tramitación de este procedimiento consultivo. No obstante, mediante Resolución de la Presidencia 20/2020, de 19 de mayo, se acordó el levantamiento de la suspensión tras la publicación en el BOC de la Resolución de 23 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud, por la que se acuerda la continuación de la tramitación de procedimientos administrativos, considerados indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

II

1. El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

A este respecto, el perjudicado fundamenta su pretensión indemnizatoria -tal y como se extrae de su escrito de reclamación inicial- en los siguientes antecedentes fácticos:

«El día 11 de enero de 2017 al bajar unas gradas (...) se tuerce la rodilla asistiendo al Centro de Salud Gran Tarajal, constando un informe que refleja una posible meniscopatía a descartar mediante RM.

En dicho informe queda recogido que el mecanismo lesional es la torsión de la rodilla, notando una chasquido y limitación para la marcha, se diagnostica gonalgía y se solicita interconsulta.

Continúa trabajando y acude el día 31 de enero de 2017 a la Mutua con persistencia de dolor cursando baja y siendo asistido por (...), donde se pide una RM de rodilla para descartar proceso agudo crónico.

El 2 de febrero de 2017 consta informe radiológico realizado por el Dr. (...) de RM de rodilla izquierda solicitada por la Dra. (...) que diagnostica edema óseo y

fracturas trabeculares en meseta tibial externa, con cambios intrasustancia en cuerno posterior del menisco interno, condromalacia rotuliana grado IV y leve derrame articular.

El 7 de febrero de 2017 es asistido por facultativo de la Mutua, que realiza nueva resonancia que concluye el mismo resultado que la anterior, apuntando "se re interroga al paciente y niega antecedente de traumatismo de rodilla izquierda, siempre refleja torsión de rodilla izquierda, el cual no hay un traumatismo directo sobre esa rodilla que justifique edema óseo y fracturas a nivel de meseta tibial externa", a pesar de lo cual se le da de alta, sin ningún tipo de tratamiento ni recomendación.

El 17 de febrero de 2017 acude a consultas externas de traumatología en el Servicio Canario de Salud, donde se observa en la exploración limitación en marcha activa en MI izquierdo, realizando como diagnóstico de sospecha lesión de cuerno posterior de menisco interno, esguince LCE, procediendo a realizar infiltración manteniendo la ortesis.

En fecha 22 de marzo de 2017 vuelve a acudir a consulta de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura por ausencia de mejora diagnosticando gonalgia y cursando nuevamente alta sin solucionar la patología presente.

Consta informe de alta en el Servido Canario de Salud, Hospital General de Fuerteventura Puerto del Rosario de fecha 16 de octubre de 2017 tras la realización de artroscopia de rodilla izquierda, encontrando condropatía GII de platillo tibial externo, condromalasia patelo femoral, integridad de meniscos y ligamentos cruzados, realizando sinovectomía parcial, afectado de lesión condral rotuliana; causando alta hospitalaria ese mismo día.

Por ello (...) se vio obligado en su día a interponer reclamación previa a la vía social al ser esta alta claramente incorrecta como se ha demostrado con el tiempo transcurrido».

2. El perjudicado reclama porque entiende que se ha producido un error de diagnóstico, que ha derivado, a su vez, en un retraso en la práctica de la intervención quirúrgica (artroscopia) llevada a cabo el día 16 de octubre de 2017. En este sentido, se señala lo siguiente:

«En el presente caso (...) se comprueba la existencia de varios errores diagnósticos:

El primero de ellos en el C.S. Gran Tarajal, que simplemente diagnostica gonalgia (dolor de rodilla) y deja transcurrir el tiempo solicitando con posterioridad interconsulta, que además no diagnostica la patología.

(...) explicó tanto en el Servicio Público de Salud, como en su Mutua el mecanismo lesional: bajando unas gradas se tuerce la rodilla, escuchando un chasquido, y mostrando con posterioridad limitación para la marcha.

Sin embargo, no le pautan la baja y continúa trabajando durante el mes de enero, cuando ya el día 31 por la persistencia de dolor vuelve a acudir y le dan la baja.

El informe del control radiológico realizado, fechado a 2 de febrero concluye la existencia de edema óseo y fracturas trabeculares en meseta tibial externa, con cambios intrasustancia en cuerno posterior del menisco interno, condromalacia rotuliana grado IV y leve derrame articular.

El 7 de febrero de 2017 se realiza nueva resonancia que concluye el mismo resultado que la anterior, apuntando "selre interroga al paciente y niega antecedente de traumatismo de rodilla izquierda, siempre refleja torsión de rodilla izquierda, el cual no hay un traumatismo directo sobre esa rodilla que justifique edema óseo y fracturas a nivel de meseta tibial externa".

De forma sorprendente el facultativo de la Mutua le da el alta puesto que en su opinión dada la versión del paciente era imposible que la lesión se hubiera producido, a pesar de estar constatada clínicamente en dos pruebas radiológicas realizadas.

Pero ahí no acaba la cadena de errores producidos, puesto que tan solo diez días después es nuevamente asistido por el Servicio Canario, donde se vuelve a observar una evidente limitación de la movilidad y se opta en esa fecha y en nueva asistencia realizada el 22 de marzo de 2017 por un tratamiento conservador, que evidentemente no era el indicado.

Dicha actitud hace que no se pauten el tratamiento necesario para rehabilitar la rodilla que, si bien en primer momento podría haber sido conservador, finalmente supuso la realización de una cirugía realizada en el Servicio Canario de Salud el 16 de octubre de 2017, mediante la práctica de artroscopia.

En definitiva, una lesión inicial que seguramente no revestía de mayor gravedad, y podría haber sido tratada sin cirugía, degenera por la inacción de los

facultativos del Servicio Canario, y la Mutua culminando en una cirugía que seguramente se podría haber evitado, pautando la rehabilitación adecuada, inyecciones de ácido hialurónico, medicación u otros tratamientos aplicables al efecto».

3. A la vista de lo anteriormente expuesto, el reclamante insta el resarcimiento - con arreglo al baremo de tráfico- de los daños y perjuicios sufridos, cuantificando la indemnización en 59.081,48 €.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada el día 4 de septiembre de 2018, (...) insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

2. Con fecha 14 de septiembre de 2018 se requiere al interesado al objeto de que subsane determinados aspectos de su reclamación inicial.

Tras practicar la correspondiente notificación, el reclamante presenta escrito subsanando las deficiencias advertidas el día 2 de octubre de 2018.

3. Mediante Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud de 9 de octubre de 2018 se admite a trámite la reclamación formulada y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del interesado. La citada resolución administrativa fue notificada al reclamante el día 29 de octubre de 2018.

4. Con fecha 19 de octubre de 2018 se solicita la emisión de informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP), referido a la asistencia sanitaria prestada a (...) (art. 81.1 LPACAP).

El precitado informe es evacuado por el SIP con fecha 29 de julio de 2019.

5. El día 16 de septiembre de 2019, la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud dicta acuerdo probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas por el interesado e incorporando -como prueba documental- la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción.

Asimismo, y con idéntica fecha, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose al interesado un plazo de diez días para que pudiera formular alegaciones y presentar los documentos que estimase procedentes.

Ambos acuerdos fueron objeto de notificación a (...) el día 27 de septiembre de 2019.

6. Transcurrido el plazo otorgado al interesado, éste no formula alegaciones.

7. Con fecha 13 de febrero de 2020 el órgano instructor solicita la emisión del informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias].

A raíz de dicha petición, el día 26 de febrero de 2020 los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias informan favorablemente la propuesta de resolución remitida.

8. Con fecha 26 de marzo de 2020 se formula propuesta de resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...).

9. Mediante oficio de 30 de marzo de 2020 (con registro de entrada en este órgano consultivo el día 6 de abril de 2020), el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita la emisión del dictamen preceptivo del Consejo Consultivo al amparo de lo dispuesto en la LCCC.

IV

1. La sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado

positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

La sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara lo siguiente:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Así, pues, no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados a su alcance; pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar sólo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

2. La propuesta de resolución desestima la reclamación efectuada por el interesado, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública; puesto

que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al reclamante. En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones:

A) La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo sobre los principios generales de distribución de la carga de la prueba en esta materia se ve perfectamente recogidas, entre tantas otras ocasiones, en el Dictamen n.º 455/2019, de 5 de diciembre:

«4. También hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público-, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 LEC, conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Habida cuenta de que, en primer lugar, el reclamante no ha aportado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, se entiende ya de entrada que no procede declarar la existencia de responsabilidad

patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la propuesta de resolución remitida a este Consejo Consultivo.

B) Pero es que, además, lejos de lo que sostiene la reclamación, del conjunto de actuaciones practicadas en el curso del presente procedimiento cumple deducir que no se ha vulnerado en este caso el criterio de la «lex artis».

De acuerdo con lo informado por el SIP -folios 35 y 36-, los hechos acontecidos en el presente supuesto se desarrollan de la siguiente manera:

«1.- El día 11 de enero de 2017, el paciente acude al Centro de Salud Gran Tarajal de Fuerteventura por presentar lesión (torsión) de la rodilla izquierda, chasquido y limitación para la marcha. Se diagnostica gonalgia (dolor en rodilla) y se sospecha de una posible meniscopatía a descartar mediante prueba de imagen con Resonancia Magnética (RM). Se solicita interconsulta con Traumatología.

2.- El 31 de enero de 2017, acude a la Mutua cursando baja laboral y es atendido por el (...) quien solicita RM de rodilla izquierda para descartar proceso agudo y crónico.

3.- El 2 de febrero de 2017, la RM indica: Edema óseo y fracturas trabeculares en meseta tibial externa, con cambios intrasustancia en cuerpo posterior del menisco interno, Condromalacia rotuliana grado IV y leve derrame articular.

4.- El 7 de febrero de 2017, la Mutua realiza una nueva resonancia con el mismo resultado que la anterior. El paciente dice que no hay traumatismo en la rodilla sino torsión. Por tanto no existe traumatismo directo sobre la rodilla que justifique la presencia del edema óseo y las fracturas a nivel de la meseta tibial externa.

5.- El 17 de febrero de 2017, el paciente acude a consultas externas de Traumatología en el SCS y en la exploración realizada se constata una limitación de la marcha activa en miembro Inferior izquierdo, sospechando una lesión del cuerno posterior del menisco interno y esguince de ligamento cruzado. Se procede a realizar infiltración, manteniendo la ortesis ya instaurada pretéritamente.

6.- El 22 de marzo de 2017, acude de nuevo a consultas externas de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura por ausencia de mejoría.

7.- Casi siete meses después, el 16 de Octubre de 2017, el paciente acude al Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura quien realiza una artroscopia de la rodilla izquierda, hallando: integridad de los meniscos y de los ligamentos cruzados, con lesión condral rotuliana. Se realiza sinovectomía parcial».

Pues bien, partiendo de la secuencia cronológica de los hechos descrita anteriormente, y una vez examinados los diversos informes que obran en el expediente remitido, no se aprecia la existencia de vulneración de la *lex artis ad hoc* durante la prestación de la asistencia sanitaria dispensada al paciente.

El informe del SIP, tras exponer la existencia de cuatro grados de condropatía rotuliana, afirma que *«no existe siempre correlación entre el grado de Condrotipía y la intensidad de los síntomas, debido a la complejidad del funcionamiento de la rodilla. Existen pacientes con grado I y gran incapacidad, y otros en los que se aprecia por casualidad un grado III o IV que no les produce ningún problema. Se debe valorar cada caso, qué factores influyen, cuáles se pueden corregir de forma conservadora y qué casos se beneficiarían del tratamiento quirúrgico por artroscopia»* (Consideración segunda -folio 37-).

De tal manera que, *«en casos de lesiones avanzadas del cartílago o pacientes en los que el tratamiento conservador no es suficiente para mejorar o eliminar los síntomas del paciente se recomienda la operación por artroscopia»* (Consideración tercera -folio 37-).

Así las cosas, el análisis de la historia clínica y de los informes que obran en las presentes actuaciones permiten concluir al SIP -folios 40 y 41-:

«1.- Consideramos que el paciente sufrió una lesión fortuita (mal posición/torsión en la marcha en bajada) sobre la rodilla (izquierda), que no dañó irreversiblemente los meniscos ni los ligamentos cruzados, tal y como se indica en la artroscopia de rodilla de fecha 16 de octubre de 2017. En ella se apreció Condrotipía o Condromalacia grado II del platillo tibial externo y Condromalacia o Condrotipía patelo-femoral. En definitiva, degeneración y disminución del espesor, consistencia y calidad del cartílago de la rodilla izquierda sin apreciar aún signos de artrosis. Según se deduce de lo narrado por el paciente en la anamnesis y exploración física, pese a las importantes lesiones degenerativas que ya sufriría en el cartílago condral, sin embargo no era tributario de sintomatología dolorosa (gonalgia) antes de la torsión de la rodilla del miembro inferior izquierdo. Ésta desencadenó un cuadro de dolor y limitación de la marcha que no causó lesiones de importancia (se trató con ortesis de rodilla) pero, no obstante, puso al descubierto la Condromalacia/Condrotipía (degeneración del cartílago) de la rodilla.

2.- Consideramos, tal y como se indica en el punto 2 de las Consideraciones de este informe de la Inspección Médica, que: No existe siempre correlación entre el

grado de Condropatía y la intensidad de los síntomas, debido a la complejidad del funcionamiento de la rodilla. Existen pacientes con grado I y gran incapacidad, y otros en los que se aprecia por casualidad un grado III o IV que no les produce ningún problema.

La torsión casual de la rodilla puso de manifiesto una importante degeneración del cartílago condral rotuliano (Condromalacia platillo tibial externo y Condromalacia patelo femoral), cuyo grado de afectación (se colige por la exploración física y pruebas de imagen, en más de II y menos de IV) no se correspondería con la sintomatología sufrida por el paciente que probablemente era sensiblemente menor de lo que le debería incumbir, habida cuenta la notable Condropatía que padecida (sic), que fue ulteriormente hallada -casualmente- a raíz del dolor que generó la torsión de la rodilla izquierda, motivo de la consulta a los servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud».

Por su parte, el Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura informa -con fecha 13 de noviembre de 2018-:

«Paciente visto por primera vez en la consulta de Traumatología (COT) el día 17 de febrero del 2017 tras propuesta de su médico de atención primaria (MAP) el 10/02/2017 por dolor en rodilla izquierda tras tratamiento. El paciente aporta RMN realizada en su mutua laboral (fecha: 02/02/2017) informada como "Patología aguda: Edema óseo y fracturas trabeculares en meseta tibial externa. Patología crónica: Cambios intrasustanciales en cuerno posterior del menisco interno. Condromalacia rotuliana grado IV. Leve derrame articular". A la exploración el paciente presenta hipotrofia del cuádriceps, dolor a la flexión pasiva de la rodilla a partir de 150°, Mc Murray externo positivo, ausencia de cajones, y no dolor de la palpación profunda de la meseta tibial.

Teniendo en cuenta que el edema óseo y las fracturas trabeculares son imágenes radiológicas que no corresponden a una fractura, sino a una contusión se llega al diagnóstico de: Esguince del colateral externo y lesión del cuerno posterior menisco interno (No rotura).

Ante un esguince de un colateral y una rotura de menisco (aunque sea aguda), hay que tratar primero mediante inmovilización el esguince, para una vez curado o evolucionado, valorar la patología meniscal. El paciente se le prolongó la inmovilización con órtesis durante 3 semanas, y se le infiltró para mejorar la sintomatología femoropatelar crónica, y se le dio la indicación de que si en 3

semanas no mejoraba acudiera a su médico de atención primaria para que lo remitiera de nuevo a COT, como así hizo el 23/03/2018, y quedó reflejado en la hoja de consulta del MAP (en esta fecha no fue valorado por COT).

El día 04/05/2018 (sic: 2017) fue valorado por COT con maniobras meniscales internas positivas, por lo que se indicó la realización de un (sic) artroscopia.

El día 16/10/2018 (sic:2017) se realiza una artroscopia de la rodilla izquierda no encontrándose lesiones en los meniscos ni en los ligamentos cruzados y sí una condropatía grado IV a nivel femoropatelar y grado II en compartimento externo, que tras una buena evolución postoperatoria, el paciente solo presenta molestias al subir y bajar escaleras, y cuestas para lo que se recetó condrosan y control por su MAP.

El paciente no ha vuelto a ser remitido a consulta por dolor en dicha rodilla.

Las lesiones condrales femoropatelares y del compartimento externo estaban presentes y con carácter crónico (es decir, anteriores al traumatismo sufrido el 11/01/2017) en la RMN del 02/02/2017, lo cual implica que no pueden ser consecuencia de la supuesta demora en el tratamiento».

Por lo demás, y respecto al error de diagnóstico, cabe reproducir la doctrina sostenida por este Consejo Consultivo en dictámenes como el n.º 384/2016, de 24 de noviembre, en el que se señaló:

«El diagnóstico médico, por tanto, es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la situación patológica en que se encuentra. Por regla general una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Éste sólo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación. Por esta razón, la STS de 6 de octubre de 2005 señala que "(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes

característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)».

O en el Dictamen n.º 101/2015, de 24 de marzo, en el que también se puede leer:

«la STS de 17 de julio de 2012 recoge el fundamento VI de la Sentencia recurrida que dice así: “No basta con afirmar que para un diagnóstico más certero de una patología debían haberse realizado otras pruebas diagnósticas hasta agotarse todas las posibilidades diagnósticas, pues una vez diagnosticada una patología y a la vista de todas las circunstancias concurrentes en el caso es más fácil afirmar que debieron efectuarse más pruebas diagnósticas. Pero se olvida que los servicios sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización. Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad sanitaria en el caso de que los síntomas que presenten los pacientes sean indicadores de la necesidad de realizar pruebas diagnósticas y si estas no se realicen entonces habrá infracción de la lex artis cuando se acredite que la omisión en la realización de las indicadas pruebas son la causa de las secuelas por las que se reclama indemnización pues solo son objeto de indemnización aquellos daños que son antijurídicos y que no se tiene obligación de soportar, entre los que no se incluyen aquellos que son resultado de la evolución de la enfermedad que se padece y que hubieran surgido de igual modo aunque su diagnóstico y tratamiento hubiera sido correcto. La postura contraria, supondría exigir a los facultativos realizar todas las pruebas diagnósticas de múltiples enfermedades que pueden cursar, como es en este caso, con dolor lumbar y ello no puede ser exigible por eficacia médica».

C) En conclusión, habida cuenta de que, por una parte, el reclamante no aporta medio de prueba alguno, siquiera a título indiciario, con virtualidad suficiente para sostenerla reclamación que promueve; y de que, por otra parte, a tenor del contenido de los diversos informes que obran en el expediente lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, hemos de concluir que no procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

C O N C L U S I Ó N

La propuesta de resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...), se entiende que es conforme a Derecho.