



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 138/2021

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de marzo de 2021.

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. 102/2021 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria 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 78.802,01 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero de Sanidad 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 (LOSC).

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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) LOSC.

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, pues ésta se presentó el día 7 de junio de 2019 respecto de un daño cuyo alcance ha quedado determinado dentro del plazo de prescripción de un año señalado por el art. 67 LPACAP.

6. 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, la citada LOSC 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.

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.

En este sentido, el perjudicado manifiesta lo siguiente en su escrito inicial de reclamación:

«PRIMERO.- El día 09/06/2018 el Sr. (...) acude con mucho dolor a Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa de Arrecife, Lanzarote, Servicio Canario de Salud) con "Dolor en rodilla y cadera izquierda tras caída accidental", tal y como consta en el Informe Clínico de Urgencias del día 09/06/2018 (adjunto como documento nº 1).

Se le realizan Rx de rodilla y fémur izquierdo (adjuntamos pruebas como documentos nº 2, 3, 4 y 5).

No le hacen RX de la cadera, por lo que no ven nada en el fémur alto. No entendemos por qué no la hacen, máxime cuando el motivo de la consulta era el dolor en la rodilla y cadera (como consta en el documento nº 1):

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor en rodilla y cadera izquierda tras caída accidental.

Sale de Urgencias sin siquiera proporcionarle unas muletas.

SEGUNDO.- El día 22/06/2018 el Sr. (...), habida cuenta que el dolor era insoportable, acude a la Mutua y le realizan unas Rx (adjuntamos Rx como documentos nº 6, 7, 8), donde se aprecia rotura del cuello del fémur y del cóndilo posterior interno del menisco izquierdo.

TERCERO.- Así las cosas, el Sr. (...) acude ese mismo día, 22/06/2018, de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa de Arrecife (Servicio Canario de Salud).

Se produce el ingreso hospitalario.

En las anotaciones del Facultativo de Guardia del día 22/06/2018 (adjunto listado de notas como documento nº 9) consta:

Refiere hace 2 semanas, 08/06 mientras estaba trabajando resbalarse y golpearse cadera y muslo izquierdo, presentando dolor en rodilla y cadera izquierda.

Desde ahí deambula con dolor en muslo izquierdo.

Es derivado de su mutua al ver rx de cadera.

EF:

Paciente tumbado, leve acortamiento y actitud de rotación externa de cadera izquierda, rigidez para colocar MI en rotación interna, refiere dolor muy leve, tolera flexión de cadera hasta 45° sin dolor, se difiere maniobras forzadas (por ver rx previa), rotaciones dolor +/- , piel bien, NVD conservado.

Dolor en rodilla izquierda, no derrame articular, no flexo, extensión 0°, varo y valgo-, se difieren maniobras forzadas para no alterar patología de cadera.

Rx: fractura subcapital desplazada de cadera izquierda.

Rx 09/06/2018 a nivel de rodilla: no LOAs.

Dx: Fractura subcapital desplazada, sub aguda cadera izquierda.

Gonalgia derecha, a descartar lesión de partes blandas de manera diferida.

Ese mismo día 22/06/2018 se le realizan Rx (aportamos como documento nº 10, 11) y se aprecia rotura del cuello de la cabeza del fémur izquierdo y de cóndilo posterior interno del menisco izquierdo.

CUARTO.- También aportamos las anotaciones del Facultativo de Guardia del día 23/06/2018 (documento nº 9), donde se contiene:

Fractura subcapital desplazada de cadera izquierda de 2 semanas de evolución (laboral).

Plan: pendiente programar IQ.

QUINTO.- El día 06/07/2018 se produce la fecha del alta hospitalaria del Sr. (...)

En el informe Clínico del Alta-Servicio de Traumatología (documento adjunto nº 12) consta:

MOTIVO DE INGRESO: Tratamiento definitivo de la fractura.

TIPO DE INGRESO: Urgente

ANTECEDENTES:

Antecedentes personales: No antecedentes médico-quirúrgico de interés.

Alergias: Niega

HISTORIA ACTUAL:

Anamnesis: Paciente de 43 años que ingresa en al Servicio de Traumatología de nuestro hospital procedente de Urgencias tras haber sufrido traumatismo en cadera y muslo izquierda el día 08/06/2018, mientras estaba trabajando. Desde el traumatismo continuó deambulando con ayuda de muletas pero con dolor.

Imagen: Fractura subcapital desplazada de cadera izquierda.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fractura subcapital desplazada de cadera izquierda cerrada.

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: Tras 2 semanas ingresado en nuestra planta, se plantea en sesión clínica la opción de tratamiento conservador, y dada la edad del paciente y el tiempo transcurrido (casi 1 mes) nos parece la mejor opción, se conversa y se explica al paciente la situación y está de acuerdo con ella.

Como apreciamos en dicho informe, después de casi 1 mes tiene la fractura de la cadera con los huesos desplazados, por lo que deciden no operar.

En esta ocasión, sí se le recomienda "usar muletas":

TRATAMIENTO:

-Recomendaciones: Deambulaci3n en descarga (No apoyar en miembro lesionado}, usar muletas.

- Revisi3n en 1 mes con rx control [Dr. (...)].

- F3rmacos: Se hace receta electr3nica.

SEXTO.- En los meses de julio y septiembre de 2018, el Sr. (...) se realiza pruebas en la Cl3nica (...) y el Hospital Santa C. (documentos n3 13) donde se determina que:

“Sufre Rotura del cuerno posterior del menisco interno, m3nimo derrame articular (rodilla izquierda) y fractura a nivel del cuello femoral interno con impactaci3n y acabalgamiento de fragmentos y edema oxeo subyacente, m3nimo derrame articular coxofemoral izquierdo. Incidentamente se identifica espondilolisis bilateral L5 con anterolistesis I/III L5-S1”.

S3PTIMO.- El Sr. (...) ha solicitado copia de la Historia Cl3nica y pr3cticamente no le entregaron documentaci3n alguna (documento n3 14).

Aportamos DNI y tarjeta sanitaria del Sr. (...) como documento n3 15 y 16.

OCTAVO.- Los da3os reclamados son consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria imputable a la Administraci3n a la que me dirijo (...).».

2. A la vista de lo expuesto, el reclamante insta el resarcimiento de los siguientes da3os:

« (...) Las Secuelas que sufre el Sr. (...) consisten en lo siguiente:

-03157. Cadera, limitaci3n de movilidad, Flexi3n, mueve m3s del 453 y menos de 903: 6 puntos.

-03163. Cadera, limitaci3n de movilidad, Rotaci3n externa, mueve m3s de 303: 1 punto.

-03165. Cadera, limitaci3n de movilidad, Rotaci3n interna: 3 puntos.

-03185. Rodilla, limitaci3n de movilidad, mueve m3s de 453 y menos de 903: 5 puntos.

-03167. Artrosis postraum3tica, cadera:5 puntos

-11002. Cojera leve con perjuicio est3tico (art. 102): 10 puntos.

-Perjuicio falta de calidad de vida ocasionada por las secuelas: 25.000 3 ((...)).

-Perjuicio personal (d3as graves y moderados): d3as graves 15 d3as y d3as moderados 348 d3as (...).

Suman un total de 20 puntos de secuelas funcionales (a las que le aplicaremos la f3rmula de Balthazard para las secuelas concurrentes), y respecto a las secuelas est3ticas 10

puntos, en función de la edad del lesionado en el momento del accidente (44 años), con la consideración de 15 días "graves" (de estancia hospitalaria), y 348 días "moderados" (habida cuenta que pierde temporalmente la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal, (...)).

La suma de estas cantidades determina el total de la indemnización reclamada que es de 78.802,01 €».

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo.

No obstante, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento y resolución del mismo es de seis meses. Sin embargo, se ha sobrepasado dicho plazo lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada [arts. 21.2, art. 24.3 b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) que al hacerlo no queda vinculada al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

Constan las siguientes actuaciones:

- El 9 de julio de 2019 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que recibe notificación el 17 de julio de 2019, viniendo a aportarla el 24 de julio de 2019.

- Por Resolución de 3 de octubre de 2019, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, de lo que recibe notificación el interesado el 18 de octubre de 2019.

- Habiéndose solicitado informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el 4 de octubre de 2019, éste se emite el 4 de mayo de 2020, tras haber recabado la documentación oportuna [Copia íntegra de la Historia clínica obrante al Hospital Dr. José Molina Orosa, copia íntegra de la Historia Clínica del paciente obrante en Atención Primaria del Área de Salud de Lanzarote, informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa sobre el hecho reclamado, Valoración por el Servicio de Radiodiagnóstico de las Radiografías solicitadas por el Servicio de Urgencias en fecha 9 de junio de 2018 e informe por los hallazgos observados, informe del Servicio de Traumatología sobre la repercusión (y secuelas

reclamadas) en el reclamante del retraso en el diagnóstico de fractura subcapital cadera izquierda y de rotura del cuerno posterior menisco interno, e historia clínica relativa al seguimiento por Mutua (...) de las lesiones ocasionadas por la caída accidental en fecha 8 de junio de 2018].

- A tal efecto, se requirió al reclamante, con fecha 16 de octubre de 2019, lo que se notificó el 6 de noviembre de 2019, la aportación de la historia clínica obrante en la Mutua (...), a cuyo efecto aquél aporta escrito de haber solicitado tal información en la Mutua y estar a la espera de serle entregada la misma en fecha 18 de noviembre de 2019.

- Con fecha 19 de junio de 2020 se da traslado del expediente a la Mutua (...) a fin de que en su condición de interesada, como entidad colaboradora de la Seguridad Social, aporte pruebas o alegaciones que estime pertinentes, de lo que aquélla recibe notificación el 29 de junio de 2020, presentando escrito de alegaciones el 9 de julio de 2020 con aportación de la historia clínica del reclamante obrante en sus archivos.

- El 20 de julio de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por el reclamante y se incorporan las de la Administración, abriendo periodo a fin de que por el reclamante se aporten los partes de baja y alta emitidos por la Mutua. De ello es notificado el 19 de agosto de 2020, viniendo a aportar los partes requeridos el 17 de agosto de 2020, así como Resolución de incapacidad permanente.

- Asimismo, el 5 de octubre de 2020 se aporta por el reclamante Resolución definitiva de la Directora General de Dependencia y Discapacidad sobre la reclamación efectuada por el interesado acerca del grado de discapacidad, reconociéndole, con carácter definitivo, un grado de discapacidad física de un 20%.

- El 23 de septiembre de 2020 se confiere al interesado trámite de audiencia, de lo que es notificado el 6 de octubre de 2020, presentando escrito de alegaciones el 21 de octubre de 2020 en las que alega indefensión en relación con acuerdo probatorio al existir error en las fechas en que se realizaron pruebas diagnósticas así como que no se le había trasladado copia completa de su historia clínica.

En este sentido, no obstante, debemos señalar que, como indica la Propuesta de Resolución, no hay tal indefensión, pues, efectivamente existe un error en la

determinación de las fechas de las rx efectuadas, siendo éstas del 9 y 22 de junio de 2018 y no del 9 y 22 de julio de 2018, lo que se ha corregido.

Por otro lado y, con respecto a que no se le entregó copia de su historia clínica completa, se ha de señalar que la historia clínica que forma parte del expediente administrativo, fue remitida por el SIP con fecha de 4 de mayo de 2020, admitida como medio probatorio el 20 de julio de 2020 y puesta a disposición del reclamante en el trámite de audiencia de fecha de 23 de septiembre de 2020 remitiéndose, con esa misma fecha el expediente completo a la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Lanzarote, a fin de que el reclamante pudiese obtener copia de toda la documentación que estimase oportuna, no constando que por el reclamante se solicitase copia de dicho historial por lo que, en modo alguno se le ha producido indefensión.

- Con fecha 10 de noviembre de 2020 se confiere asimismo trámite de audiencia de la Mutua (...) que, debidamente notificada el 17 de noviembre de 2020, no presenta alegaciones.

- El 15 de diciembre de 2020 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del reclamante, y, en igual sentido, sin que conste fecha, Borrador de Resolución del Director del SCS, lo que se informa favorablemente por el Servicio Jurídico el 27 de enero de 2021, formulándose Propuesta de Resolución definitiva el 11 de febrero de 2021 en sentido desestimatorio que es remitida a este Consejo Consultivo.

IV

1. La Propuesta de Resolución sometida al parecer jurídico de este Consejo Consultivo, como se ha señalado desestima la reclamación interpuesta por el reclamante, entendiendo el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto, procede señalar los antecedentes relevantes en relación con este procedimiento, que obran en la historia clínica del reclamante, según constan en el informe del SIP emitido el 4 de mayo de 2020, tal y como se incorpora en la Propuesta de Resolución.

«El reclamante, (...), el 9 de junio de 2018 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa por caída accidental. El motivo de consulta es por dolor en rodilla y cadera izquierda tras caída accidental.»

A la exploración física, la pelvis se encuentra estable, MMII sin asimetría ni rotación. MMII: no equimosis, no deformidad, dolor a nivel de tercio medio distal de fémur cara lateral externa, no derrame articular, dolor a la palpación de cara lateral externa, dolor con la flexión a grados máximos, test meniscales negativos, dolor al forzar en varo sin bostezo, no dolor a nivel de meseta tibial, no impotencia funcional.

En base a la clínica presentada, se solicita rx de fémur izquierdo y de rodilla. No se visualizan lesiones óseas agudas. Ambas son normales y con el diagnóstico de contusión en muslo y rodilla izquierda, recibe el alta con analgesia y carga parcial según dolor recomendándole volver si presenta nueva sintomatología.

Según figura en el informe de fecha de 9 de junio de 2018, emitido por el FEA de Radiodiagnóstico, en la radiografía de fémur AP y LAT realizada no se visualizan trazos fractuarios en las estructuras óseas incluidas.

Con fecha de 11 de junio de 2018 acude, 1º asistencia, a MUTUA (...) emitiéndose la baja médica. En valoración de dicha MUTUA se anota que el paciente refiere que el viernes sobre las 17.45 h se encontraba bajando por la rampa que une la sesión de pintura con mecánica y se resbaló cayendo sobre rodilla izquierda, terminó su jornada laboral que ya casi concluía. El sábado, como el dolor era más fuerte, acude a urgencias del Hospital General donde se le realizó rx de rodilla y fémur donde no se visualizó lesiones óseas agudas. Hoy (11 de junio) dice sentirse mejor, no refiere dolor espontáneo, solo a la movilidad y apoyo. A la exploración física marcha disbásico, ayudado de muletas. Rodilla izquierda con edema, dolor a la movilización sobre todo a flexión, maniobras meniscales no dolorosas. No bostezo articular. No crepitación. Dado que se describe mecanismo capaz de provocar lesión, se justifica VCL.

Acude nuevamente a la MUTUA el 14 de junio porque se mantiene con dolor. A la exploración física deambula con cojera antiálgica. Rodilla izquierda: discreto edema a nivel suprarrotuliano. BA limitada a flexión al 100°, ext completa. Rotula movable no dolorosa. No dolor a la palpación de rodilla. Maniobras meniscales negativas. No cajón ni bostezo, dolor al palpar en interlienal lateral y cara lateral de muslo. No hematomas, hueso poplíteo desocupado. No crepitación. Hipotrofia de cuádriceps.

Tras persistencia de dolor en la rodilla, el paciente acude nuevamente a la MUTUA el 18 de junio. Refiere escasa o nula mejoría. Deambula con cojera antiálgica. Rodilla izquierda discreto edema, dolor referido al palpar región infrarrotuliana. BA limitada la flexión a 120°, ext completa. Rotula movable no dolorosa. Maniobras meniscales negativas. Indica rx de rodilla AP/L.

El día 19 de junio se repiten rx donde no se visualizan lesiones óseas, manteniéndose el mismo plan terapéutico inicial. Se programa inicio de RHB en Mutua.

El 20 de junio inicia RHB en Mutua, no realiza flexión de rodilla al referir mucho dolor en la cadera (es la 1º vez que consta anotado en su historial que presenta dolor en cadera).

El 21 de junio acude a RHB con dos muletas, refiere que el dolor de la cadera le ha disminuido considerablemente.

El 22 de junio de 2018, en RHB refiere que está mejor del dolor de la cadera, continua con la imposibilidad de elevar la pierna, para subir a camilla necesita levantar la pierna con sus dos manos.

Ese mismo día, por persistencia del dolor, el reclamante acude nuevamente a su Mutua Laboral. Se anota que lleva 11 días en IT por caída y contusión rodilla izquierda/muslo. Refiere que tiene dolor en cadera ipsilateral. Cuando se le comenta que señale lugar del dolor, señala rodilla y cara lateral del muslo, no señala cadera. Refiere que el dolor en la cadera le ha mejorado. Se procede a realizar exploración. Deambula con muletas, no se han indicado en Mutua pero refiere que siente alivio desde que las está utilizando. Al indicar sedestación para explorar, todos los movimientos que realiza es utilizando ambas manos para levantar el muslo, hoy no le duele la cadera. No es posible explorar la cadera debidamente. No es posible explorar RI y RE de cadera dado que el paciente se contrae y no permite movimiento, tampoco puede realizarlo pasivamente. Dado la sintomatología referida hoy, se indica Rx de cadera donde se visualiza fractura de la cadera. Ingresa ese mismo día en el Hospital Dr. José Molina Orosa por fractura subcapital desplazada de cadera izquierda cerrada.

El 26 de junio de 2018 se anota en su historial clínico que se habla (desde el Hospital General) con la compañía MUTUA (...) (la caída del 9 de junio fue un accidente laboral) para comentar el posible traslado por saturación del servicio y la imposibilidad de ser intervenido esta semana. El paciente manifiesta su deseo de ser intervenido en nuestro hospital.

El 28 de junio de 2018 se habla con el médico de la MUTUA y solicita un informe para proceder a su traslado. Se envía dicho informe.

El 29 de junio se anota en su historial que el paciente desea ser operado en el hospital y está hablando con personal administrativo. SE habla con la MUTUA la cual está dispuesta a trasladar al paciente a Gran Canaria para la intervención. Se habla con el paciente y se explica al Traumatólogo del centro privado (3 semanas desde la fractura) que el tratamiento podría ser conservador. Al ser un accidente laboral, la MUTUA debería hacerse cargo de él.

Con fechas de 29, 30 de junio, 1 y 2 de julio de 2018 se anota que sigue pendiente de MUTUA.

Con fecha de 2 de julio de 2018 se anota que se habla con el paciente y se le comenta que el Servicio de admisión está en contacto con su mutua de accidentes laborales para que realicen el tratamiento quirúrgico en centro sanitario de la mutualidad, ya que no corresponde a la seguridad social, el tratamiento del paciente.

El 3 de julio de 2018 se anota: fractura subcapital de cadera izquierda de 25 días de evolución. Se está a la espera de que la MUTUA remita autorización/garantía de pago para poder programar al paciente. Se solicita TAC de cadera para determinar la actitud a seguir (conservador versus artroplastia).

Con esa misma fecha, consta en el Historial de la MUTUA que el paciente ha llamado a la MUTUA y explica que le han asegurado que tendrá un quirófano en el hospital de origen a lo largo de la semana por lo que prefiere quedarse en el hospital de Arrecife. Entiende que nosotros no nos responsabilizamos de la demora que dicho quirófano en un centro ajeno pueda tener. Dejamos paralizado el traslado. Explico al paciente que si hubiera algún otro problema/incidencia siempre nos puede volver a contactar. Cerramos el caso.

El 6 de julio de 2018 se habla con el paciente y se le explica la opción conservadora, dado el tiempo transcurrido desde la fractura y la edad del paciente no se recomienda artroplastia de cadera. Es alta.

Con respecto al tratamiento de dicha fractura, aunque la intención primaria del Servicio de COT era la de realizar una sustitución protésica de la cadera, teniendo en cuenta la edad del paciente (43 años) y el hecho de que, durante su ingreso el dolor había ido en disminución, se decidió en sesión clínica tomar una postura conservadora con la esperanza de una consolidación de la fractura evitando así los inconvenientes de una prótesis que, por la edad del paciente conduciría a una revisión quirúrgica a medio/largo plazo en el mejor de los casos.

Se conversa y se explica al paciente la situación y está de acuerdo con el tratamiento conservador.

Conservar la cadera del paciente, tal y como informa el Servicio de COT del Hospital Dr. José Molina Orosa suponía algunos inconvenientes como la prolongación de las molestias, dolor local, la posible disminución del rango de movilidad y el acortamiento previsible y cojera residual. No obstante, la sustitución protésica, (...) podía realizarse inicialmente, cuando se produjo la fractura o, por el contrario, en un momento posterior, no teniendo por qué alterarse los resultados finales.

Tras el alta en el Hospital, se mantiene en seguimiento por traumatólogo de la MUTUA, realizándose Tac y RMN para control evolutivo y pautándose tratamiento rehabilitador y colocación de alza, siendo buena la evolución.

Así, en revisión en la MUTUA con fecha de 10 de enero de 2019 se anota que está asintomático. No se medica. Deambula con muletas pero en consulta realiza marcha con cojera. Movilidad de CI completa, no dolor. Apoyo monopodal. Sube las escaleras de su domicilio, que salta, asintomático.

En relación a la colocación de alza compensadora, con fecha de 26 de febrero de 2019 se anota que se recibe resultados de Telerradiografía, que informa de discrepancia de miembro sano. Se interroga al paciente que refiere que hace muchos años usaba un alza de 3-4 mm en MID que le indicó un omiopata.

Asimismo, en relación a la asistencia de MUTUA (...) al reclamante, con fecha de 7 de julio de 2020, por dicha entidad se emite informe de alegaciones en los siguientes términos:

-El reclamante cae de forma accidental sobre rodilla izquierda el 8 de junio de 2018, sobre las 17:45h. Termina la jornada laboral.

-El 9 de junio, esto es, al día siguiente, acude a urgencias del Hospital por reagudización del dolor de la rodilla. Se le realiza rx de rodilla y fémur izquierdo donde no se visualizan lesiones óseas agudas.

-Es valorado por primera vez por la MUTUA el 11 de junio de 2018, comenta sentirse mejor. Se emiten indicaciones dada en urgencias. Se emite baja laboral.

-El 19 de junio persiste dolor en la rodilla, se le repite rx RI AP/L donde no se visualizan lesiones óseas, se mantiene el mismo plan de alivio del dolor.

-El 22 de junio comenta dolor en rodilla y cara lateral del muslo, no hace referencia a la cadera. A la exploración, no es posible las rotaciones ni activa ni pasiva de la cadera izquierda, no duele palpación de trocánter. Marcha la mantiene con cojera antiálgica. Se indica rx de cadera donde se visualiza Fx subcapital desplazada de cadera izquierda. Se remite de inmediato a Hospital General.

-Ingresa en hospital donde se opta por tratamiento conservador. Alta hospitalaria el 13 de julio de 2018. se mantiene en seguimiento por Traumatólogo de la Mutua.

-En relación a la evolución de la fractura, el 18 de octubre de 2018, en valoración por Traumatólogo de la Mutua, el paciente no tiene claro someterse a intervención quirúrgica para la colocación de prótesis total de cadera, motivo por el que se mantiene conducta expectante dada la buena evolución con tratamiento conservador.

-En TAC evolutivo de 14 de diciembre de 2018, fractura sin signos de consolidación.

-En valoración de 22 de enero de 2019, la marcha es absolutamente normal y sin dolor. Flexión a 100°

-110°, RI 0°, abducción completa. Existe una disociación clínico - radiológica. Se inicia tratamiento rehabilitador diario en Mutua con evolución favorable y reeducación de la marcha. Presenta un acortamiento de MII de 18 mm, motivo por el cual se coloca alza compensadora.

-En valoración del 9 de mayo de 2019, la marcha es correcta, niega dolor. Flexión cadera a 120°, RE completa, RI limitada. TAC: se puede considerar consolidada - consolidación parcial.

-En valoración de 20 de junio de 2019, se anota que se encuentra en rehabilitación, trabajando en función de reeducación de la marcha y de potenciación de musculatura de MII. Cadera izquierda mantiene limitada la RI, RE 120°. No es posible adaptar la posición de cuclillas, tiene que adoptar la posición de cubito con MID, si lo intenta realizar con el izquierdo tiene que compensar con el tronco. Teniendo en cuenta la profesión del paciente, pintor de vehículos, encontrándose estabilizada la lesión y habiendo agotado las posibilidades terapéuticas y entendiendo que si bien no puede desempeñar las actividades fundamentales de su puesto de trabajo pero si otras que no requieran mantenerse por largos periodos de tiempo en posición de agachado, se traslada documentación al INSS, recibiendo resolución de incapacidad permanente total el 23 de agosto de 2019».

3. El interesado fundamenta su reclamación en que tras acudir el 9 de junio de 2018 con mucho dolor a urgencias del hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote con dolor en rodilla y cadera izquierda tras caída accidental, si bien se le realiza rx de rodilla y fémur izquierdo, no se le realiza rx de cadera a pesar de ser el motivo de consulta dolor en cadera, y ni siquiera se le indica uso de muletas.

Tras acudir en varias ocasiones a la Mutua que le correspondía, es el 22 de junio de 2018, al ser el dolor insoportable, cuando le realizan rx de cadera donde se aprecia fractura (Fx) subcapital desplazada de cadera izquierda y con tal diagnóstico acude a urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa donde queda ingresado por dicha fractura, a la espera de posible intervención quirúrgica, pautándose finalmente tratamiento conservador, recibiendo el alta el 6 de julio de 2018.

El interesado alega que la mala praxis en la asistencia sanitaria prestada le ha ocasionado una serie de secuelas: limitación de movilidad de la cadera: flexión y rotación interna y externa, limitación de la movilidad de la rodilla, artrosis postraumática, cojera leve con perjuicio estético y perjuicio personal por falta de calidad de vida debido a las secuelas.

4. Pues bien, a la vista de los informes recabados, en especial el del SIP, y dados los antecedentes expuestos, cabe realizar las siguientes consideraciones en relación con las alegaciones del interesado:

1) En primer lugar, explica el SIP que en la primera asistencia recibida por el reclamante las pruebas que se solicitan lo son en función de la clínica presentada por el paciente. Igualmente se señala que la clínica esperada ante una fractura de cadera no concurría, pues no existía acortamiento de miembro afecto, ni rotación externa de dicho miembro. Además, El dolor lo localizaba el paciente a nivel del

tercio distal del fémur izquierdo, en cara lateral externa, o sea cerca de la rodilla izquierda.

Se anota que la pelvis estaba estable, o sea, que se exploró la zona de la cadera y que se determinó que no existía deformidad. En la rodilla, se exploró la misma señalando que no existía derrame articular, y sí dolor rodilla izquierda al forzar en varo, test meniscales rodilla izquierda negativos. Tampoco concurría impotencia funcional.

Ante esta clínica localizada, se hace constar que se solicita Rx de rodilla y fémur izquierdo. En las mismas no se visualizan lesiones óseas agudas. Es diagnosticado de contusión en muslo y rodilla izquierda, recomendándole volver si presenta nueva sintomatología.

2) A pesar de lo que señala el reclamante, lo cierto es que en su Mutua, a la que acude dos días más tarde por tratarse de un accidente sufrido durante la jornada laboral, se le realiza un seguimiento de la caída, acudiendo a la misma los días 11, 14, 19, 20 y 22 de junio de 2018, no sospechando en ningún momento, fractura de cadera.

Por la Mutua, tal y como se informa por el SIP, no se valora nada más que lo especificado en el Servicio de Urgencias Hospitalario. Es más, en el parte médico de baja emitido el 11 de junio de 2018 por la Mutua (...) (documento n.º 19, foliado n.º 247 del expediente administrativo) se anota como diagnóstico contusión de rodilla, parte del cuerpo dañada: pierna incluida rodilla y duración estimada de la baja 7 días.

Por persistencia de dolor en la rodilla, con fecha de 19 de junio de 2018 se repiten por la Mutua rx de rodilla AP/L, no visualizándose lesiones óseas.

Es el 20 de junio cuando refiere por primera vez en sesión de RHB mucho dolor en cadera (no consta con anterioridad que el reclamante manifieste dolor en cadera, ni en urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa ni en las distintas visitas efectuadas al médico de la Mutua).

El 22 de junio de 2018, en visita al médico de la Mutua le relata que presenta dolor en cadera ipsilateral, aunque cuando se le solicita que señale el lugar del dolor, por el reclamante se señala rodilla y cara lateral del muslo, y, ante la dificultad de explorar la cadera, se solicita rx de cadera, visualizándose en este momento fractura de cadera izquierda.

Por ello, cabe concluir que en cada momento se realizaron las pruebas coherentes con la clínica del paciente, siendo la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Urgencias correcta en todo momento teniendo en cuenta los síntomas presentados.

Así, como señala la Propuesta de Resolución, al paciente se le realizó, el 9 de junio de 2018, la exploración física, así como las pruebas de radiodiagnóstico oportunas ante la mecánica de la caída, dado que cae sobre la rodilla izquierda y presenta dolor a nivel de tercio medio distal del fémur cara lateral externa. En ningún momento refiere dolor en cadera izquierda, siendo muchos días más tarde cuando menciona dolor en cadera.

En consecuencia, se constata una dificultad de diagnóstico en base a la sintomatología referida por el reclamante, ya que las pruebas que se le pautan tanto por el servicio de urgencias público como por la Mutua están en consonancia con la exploración física y la sintomatología manifestada en cada momento por el paciente.

3) Finalmente, a mayor abundamiento, y respecto del tratamiento de la fractura una vez diagnosticada, y si bien no ha sido objeto de reclamación por el interesado, cabe concluir que también ha sido conforme a la *lex artis* el funcionamiento del Servicio.

Así, tras el ingreso del paciente el 22 de junio de 2018 en el Hospital Dr. José Molina Orosa, planta de hospitalización del Servicio de Traumatología para intervención quirúrgica de la fractura, consta la firma del consentimiento informado en la misma fecha, donde se hace constar como alternativa a la intervención quirúrgica el tratamiento conservador de la fractura mediante reposo, mediante tracción o inmovilización con escayola. Dicho tratamiento presenta el riesgo de que no pegue, lo haga en mala posición o que degenerara en artrosis. Asimismo, en dicho consentimiento figuran como consecuencias seguras de la intervención que: si necesitase fijación de la articulación perderá el juego de la misma y si se colocase prótesis se precisa extirpar parte del hueso de la articulación, pudiendo tener como consecuencia el alargamiento o acortamiento del miembro intervenido. También que la movilidad de la articulación suele mejorar con el tiempo, dependiendo de la realización correcta y continua de los ejercicios de rehabilitación. Todo ello es asumido por el reclamante mediante la firma del DCI, quien no reclama por no haber sido intervenido quirúrgicamente, sino por inadecuado diagnóstico inicial.

A la exploración el día del ingreso (22 de junio) anotan: *«leve acortamiento y actitud de rotación externa de cadera izquierda, rigidez para colocar MI en rotación interna, refiere dolor muy leve, tolera flexión de cadera hasta 45 grados sin dolor, igualmente valoran la rodilla izquierda.*

La Rx de cadera izquierda refleja fractura subcapital desplazada de cadera izquierda, subaguda. Gonalgia derecha a descartar lesión en partes blandas de manera diferida.

Plan: firma CI, explico a él y a familiar, queda en ayunas, se intentará reducción cerrada o abierta y estabilización con tornillos cánulas, ingreso en planta».

Ahora bien, constan, según el informe del SIP, las siguientes vicisitudes:

Tras valoración con anestesista de guardia se valora que tras dos semanas no es una urgencia vital y se realizará cirugía programada la siguiente semana.

El 25 de junio el paciente comunica a la Mutua que está ingresado en el Hospital tras llamada del médico de la misma y que no tiene fecha de intervención.

EL 26 de junio se contacta desde el Hospital con la Mutua para comentar el posible traslado por saturación del Servicio. Dada la estabilidad clínica se autoriza el traslado hospitalario. El paciente desea ser intervenido en el Hospital General.

El médico de la Mutua contacta con el COT para ver lo que hacer y comenta en historia clínica de la Mutua el día 27 de junio que sí, que se efectuará traslado para Las Palmas, a (...), confirmarán antes con la misma y luego llamarán a la Mutua para corroborar gestión.

En documentación clínica de la Mutua el día el 28 de junio anotan que se había hablado con especialista de Hospital de Lanzarote, y desde el Hospital refirieron al médico de la Mutua que no estaban gestionando bien el caso por lo que la Inspección de trabajo debería haber actuado.

El mismo día 28 el médico de Mutua en Las Palmas de Gran Canaria llama a la doctora de la Mutua en Arrecife para saber si el paciente acepta el traslado, la Mutua le comunica que sí, que a partir del día siguiente, pues ese día el paciente por su cuenta va a intentar que lo operan en Lanzarote. Si no lo consiguiera y parecía lo más probable aceptaría de buen grado el traslado a Las Palmas.

El 2 de julio no se había resuelto por la Mutua el traslado del reclamante.

El 3 de julio de 2018 se anota en el historial médico del reclamante: *«fractura subcapital de cadera izquierda de 25 días de evolución. Se está a la espera de que la MUTUA remita autorización/garantía de pago para poder programar al paciente. Se solicita TAC de cadera para determinar la actitud a seguir (conservador versus artroplastia). Asimismo, en*

esa misma fecha, el reclamante contacta con la MUTUA y les confirma que prefiere quedarse en el hospital de Lanzarote. Se paraliza el traslado desde la MUTUA».

El 6 de julio de 2018 se habla con el paciente y se le explica la opción conservadora, alternativa a la intervención quirúrgica y conocida por el reclamante al tiempo de su ingreso el 22 de junio de 2018 con la firma del consentimiento informado.

Tras el alta hospitalaria, el reclamante está en seguimiento por médico de la MUTUA.

En mayo de 2019 se considera consolidada la fractura, no existiendo artrosis ni necrosis de la articulación, que son los riesgos de la fractura de cadera tanto intervenida como en la no intervenida.

De hecho, consta en el informe emitido por el Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Dr. José Molina Orosa, con fecha 5 de diciembre de 2019:

«Aunque la intención primaria del Servicio era la de realizar una sustitución protésica de la cadera (como suele hacerse en este tipo de fracturas), considerando la edad joven del paciente y el hecho de que durante su ingreso el dolor había ido en disminución se decidió en Sesión Clínica tomar una postura conservadora con la esperanza de una consolidación de la fractura (lo cual en ocasiones se produce -como, de hecho, ocurrió en el presente caso-), evitando así los inconvenientes de una prótesis que por la edad del paciente conduciría a una revisión quirúrgica a medio/largo plazo en el mejor de los casos.

Evidentemente conservar la cadera del paciente suponía algunos inconvenientes como la prolongación de las molestias/dolor local, la posible disminución del rango de movilidad y el acortamiento previsible y cojera residual que habría de ser compensada con un alza en el calzado, una vez superado el tiempo de convalecencia.

La sustitución protésica en definitiva puede realizarse tanto inicialmente cuando se produjo la fractura, o por el contrario puede realizarse en el momento presente, no teniendo porqué alterarse los resultados finales».

Dado lo expuesto, debemos concluir que la actuación del SCS fue siempre conforme a la *lex artis*, por lo que no cabe apreciar relación causal entre el daño por el que se reclama y la actuación del SCS.

5. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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. 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 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En este caso, el reclamante no ha logrado demostrar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por el interesado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se entiende que es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación del interesado.