



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 3 / 2 0 2 2

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de marzo de 2022.

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. 30/2022 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (en adelante SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La reclamante solicita una indemnización de 45.000 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, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan 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 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.

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. 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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

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

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación en noviembre de 2019, respecto a un daño producido como consecuencia de una intervención quirúrgica el 24 de enero de 2017, pero como se indicará enseguida se probó la existencia de secuelas que impidieron la determinación del daño hasta una fecha anterior en menos de un año a la presentación de la reclamación.

II

1. La interesada expone en su reclamación, como fundamento de su pretensión resarcitoria lo siguiente:

« (...) Que tal y como consta en su historial clínico, el día 24 de enero de 2017 fue intervenida quirúrgicamente por el Dr. (...) por PTC IZQ, realizándose bajo anestesia locorregional abordaje post sobre cadera derecha e implante de PTC vástago Corail no cementado núm. 9, cabeza 36-2, acetábulo Pinnacle 53, PE con ceja post para cabeza de 36, relleno de fondo acetabular con injerto óseo autólogo de cabeza.

Obtiene el alta médica con fecha 31 de enero de 2017, debiendo tomar la medicación habitual de domicilio más la prescrita por el traumatólogo, además de la advertencia de caminar siempre con las dos muletas. Se acompaña como documento núm. 1. copia del Informe de Alta y cuidados de Enfermería mencionado.

SEGUNDO.- Una vez obtenida el Alta médica, la paciente acude a sus controles médicos oportunos, así como a sus sesiones de rehabilitación en el Hospital General de La Palma. (...) comienza a sufrir molestias y presión en la cadera izquierda, las cuales le dificultan el desarrollo normal de sus actividades diarias. Se le pone en conocimiento al Dr. (...) de las mismas, tal y como consta en el Listado de Notas del Hospital General de La Palma relativo a la paciente en cuestión, que se acompaña como documento núm. 2. El Dr. (...) siempre le resta importancia a las mismas, comunicándole que esos síntomas eran de un pinzamiento.

Sin embargo, no se solicita ninguna prueba por parte del Dr. (...) hasta el mes de noviembre de 2017 debido a la insistencia de la paciente que no podía soportar ya las molestias y no presentaba mejoría, donde se solicita por el mismo Eco para descartar pinzamiento psoas en cotilo. Dicha ecografía se efectúa en el mes de febrero de 2018 siendo el resultado "ECO patrón inflamatorio con derrame articular en región de TPC izq tenditis proximal de psoas ílaco izquierdo". Se adjunta como documento núm. 3. copia del Estudio Radiodiagnóstico efectuado el día 1 de febrero de 2018 en el (...).

Ante tal diagnóstico, se deriva a la paciente en el mes de mayo de 2018, concretamente el día 11 de mayo de 2018, para radiografía pelvis coxa protusa en el Servicio de Traumatología del Hospital General de La Palma. A tal efecto, se practican cortes coronales de ambas caderas así como axiales y coronales potenciados en T1 y T2, visualizándose "una prótesis de cabeza femoral izquierda que condiciona artefactos ferromagnéticos identificándose un clavo que atraviesa el acetábulo insinuándose en el interior de la pelvis. Atrofia con infiltración grasa de la musculatura de la cintura pelviana y raíz del muslo más evidente en el fado izquierdo", canalizándose a la paciente al Hospital (...) situado en (...), Santa Cruz de Tenerife. Se acompaña como documento núm. 4. informe clínico del Servicio de Traumatología.

TERCERO.- En el mes de febrero de 2019, se le practica ecografía en la cadera izquierda en el Servicio de Radiología del Hospital (...) Tenerife para valoración del glúteo medio, siendo el diagnóstico el siguiente:

"Se observa irregularidad cortical en la inserción trocantérea del glúteo medio, con engrosamiento hípoecoico heterógeno del tendón, que asocia presencia de microcalcificaciones lineales en la inserción, hallazgos compatibles con tendinosis degenerativa. Se identifica área de menor ecogenicidad en su aspecto profundo, de unos 3-4mm, que podría corresponderse con dudosa microrotura.

Leve disensión líquida laminar de la bursa trocanérica.

Tendón del glúteo menor sin alteraciones significativas para la edad de la paciente.

Pequeños nódulos hipoeoicos subcutáneos subyacentes a cicatriz, compatibles con pequeños focos de necrosis grasa”.

Se acompaña como documento núm. 5, Informe del Servicio de Radiología.

CUARTO.- Como consecuencia de la rotura parcial de glúteo medio a raíz de la intervención quirúrgica efectuada con fecha 24 de enero de 2017 en el Hospital General de La Palma, (...) es intervenida de nuevo quirúrgicamente en el Hospital (...) Tenerife el día 28 de marzo de 2019, realizándose busectomía, más refrescado de la lesión y sutura en doble hilera, con hueso de Trocánter muy osteoporocito. Obtiene el alta médica el día 1 de abril de 2019.

Se adjunta como documento núm. 6. Informe del Hospital (...) Tenerife relativo a dicha intervención.

QUINTO.- A pesar de que la paciente presenta dolores agudos en la misma zona objeto de intervención quirúrgica efectuada con fecha 24 de enero de 2017, los cuales refiere constantemente al traumatólogo D. (...) en los meses posteriores, no se le realiza una ecografía de la zona afectada hasta transcurrido un año después de la misma, donde se comprueba que, efectivamente, presenta rotura del glúteo medio.

En virtud de lo expuesto,

SUPLICA que, se tenga por presentado el anterior escrito, junto con las copias y documentos que se acompañan, y tras los trámites legales oportunos:

- Se reconozca que el Dr. (...) no obró con la profesionalidad adecuada, tras la intervención quirúrgica efectuada con fecha 24 de enero de 2017, puesto que ante las dolencias y molestias que presentaba la paciente (...) en la zona del glúteo, no se le realizaron ecografías sobre la zona hasta transcurrido un año después de las mismas, y cuyo resultado fue efectivamente, no un pinzamiento como siempre manifestaba el Dr. (...), sino la rotura parcial de glúteo medio.

Se abone la correspondiente indemnización como consecuencia de las lesiones ocasionadas ante tales prácticas, en la cantidad de CUARENTA Y CINCO MIL EUROS (45.000 €), en base a lo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (...) ».

2. En cuanto a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial constan las siguientes actuaciones:

- El 13 de noviembre de 2019, se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, en concordancia con lo dispuesto en los arts. 66, 67 y 68 LPACAP.

- Por Resolución de 13 de diciembre de 2019, del Director del SCS, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación, indicando la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- El 28 de septiembre de 2021, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite el informe preceptivo.

- El 3 de noviembre de 2021, se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las propuestas por la interesada, y, siendo todas documentales y obrando en el expediente, se declara concluso este trámite, lo que se notifica debidamente.

- El 3 de noviembre de 2021, se confiere a la interesada el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, notificándose efectivamente, por lo que presenta escrito reiterando sus alegaciones, aportando al respecto documentación médica.

- El 24 de enero de 2022, se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, que no es informada por el Servicio Jurídico, lo que se justifica por tratarse de una cuestión resuelta previamente y que ya ha sido informada.

3. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

III

1. La Propuesta de Resolución es de sentido desestimatorio, pues el órgano instructor considera que tras la instrucción del expediente, en atención a las alegaciones formuladas por la interesada, no concurre el nexo causal necesario para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS por los hechos que esta reclama.

2. Entrando en el fondo del asunto planteado por la interesada, el objeto de la reclamación se centra en el retraso diagnóstico de la rotura del glúteo medio por el que tuvo que ser intervenida de nuevo en el Hospital (...) el día 28 de marzo de 2019, pues, la afectada considera que la rotura parcial del glúteo medio fue derivada de la intervención de 24 de enero de 2017, y que tras haberse quejado de las

molestias que sentía, sin embargo, no se le realizó prueba alguna hasta un año después requiriendo ser finalmente intervenida.

3. La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*Lex artis ad hoc*».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice 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, más 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»*.

A mayor abundamiento, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara 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»*.

En síntesis, la Jurisprudencia es terminante al respecto: no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo 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.

4. El SIP, a la vista de la historia clínica de la paciente y los informes médicos preceptivos, establece el siguiente orden cronológico de los hechos sobre la asistencia médica que la paciente recibió:

« (...) Se trata de paciente mujer con fecha de nacimiento 14.07.50. En mayo de 2016 es incluida en lista de espera quirúrgica por coxartrosis izquierda que precisa prótesis total de cadera. En octubre de 2016 se efectúa evaluación preoperatoria. Firma documento de consentimiento informado el 23.01.17 para implantación de prótesis articular de cadera izquierda.

El 24 de enero de 2017 se somete a intervención quirúrgica en el HLP.

B.- Reproducimos textualmente el informe emitido por el Servicio de Traumatología y Cirugía ortopédica que detalla exactamente las circunstancias documentadas en la Historia clínica, que sustentan una actuación conforme con una práctica médica adecuada.

C.- No obstante lo anterior puntualizaremos algunos aspectos que nos parecen relevantes:

- Tras la cirugía de 24.01.17 lo que presentó fue un cuadro de flebitis (afección vascular en paciente con antecedentes de varices) en pierna izquierda. Ver Historia clínica de Atención Primaria.

- Revisión de 10.03.17 en Traumatología: Radiografía de cadera correcta (1).

- Es el 9 de junio de 2017 cuando acude al Servicio de urgencias del HLP por presentar desde una semana antes: " (...) Molestias en cadera izquierda después de una posición forzada al subir a un taxi (...) " A la exploración: " (...) No dolor a la movilización de la cadera izquierda, si sensación de tensión. No tumefacción. No impotencia funcional (...) " Se realiza radiografía de cadera Ap y axial.

- Es en la consulta con Traumatología del 12 de julio de 2017 cuando consulta con el Dr (...) por: " (...) Acude por molestias y presión en cadera izquierda, dice que no tiene dolor (...) " Se pauta tratamiento rehabilitador y antiinflamatorio.

- En revisiones sucesivas persisten las molestias y el dolor en cadera izquierda a pesar del tratamiento conservador. El 24.11.17 se realiza nuevamente radiografía de cadera que no muestra alteraciones relevantes y el 29.11.17 se solicita ecografía.

- El 01.02.18, el resultado de dicha prueba diagnóstica NO refleja la existencia de rotura de glúteo medio.: " (...) patrón inflamatorio con derrame articular en región de PTC izq tendinitis proximal de psoas iliaco izquierdo. Pinzamiento psoas sobre PTC izq (...) ".

- No obstante, ante la persistencia de las molestias a pesar del tratamiento conservador, en marzo de 2018 desde el Hospital de La Palma se cursa derivación al HUC, Servicio de Traumatología, a fin de practicar artroscopia diagnóstico/terapéutica de cadera.

- En Resonancia Magnética de caderas realizada el 30 abril de 2018 en el HUC, tampoco se describe la presencia de rotura de glúteo, siendo la RM una prueba diagnóstica para tal afección, siendo la más útil para detectar roturas de los tendones glúteos. Se visualiza una prótesis de cabeza femoral izquierda que condiciona artefactos ferromagnéticos identificándose un clavo que atraviesa el acetábulo insinuándose en el interior de la pelvis. No identificamos alteraciones en cadera derecha. Atrofia con infiltración grasa de la musculatura de la cintura pelviana y raíz del muslo más evidente en el lado izquierdo. No otras alteraciones. Pinzamiento psoas sobre PTC izq.

- Es incluida en lista de espera quirúrgica el 13.08.18 en el HUC para artroscopia de cadera por tendinopatía del psoas, esto es, el mismo juicio diagnóstico que el manifestado por el especialista del HLP.

- Por otra parte, el 11 de enero de 2019 la reclamante solicita ser atendida en Hospital (...) (HQS), siendo derivada a dicho centro sanitario en programas de gestión de listas de espera, para artroscopia de cadera izquierda atendiendo a la normativa sobre plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud.

- Es en la ecografía de 12 de febrero de 2019 cuando se objetiva la dudosa microrrotura de glúteo medio, así como la atrofia e infiltración grasa ya conocida. Siendo intervenida quirúrgicamente en marzo de 2019 en (...) ».

En atención a la enfermedad soportada por la afectada en relación con la asistencia médica recibida por esta, el SIP realiza las siguientes consideraciones, por las que finalmente concluye que no existe responsabilidad sanitaria. Así, indica:

« (...) La afectación de tendones es una de las complicaciones de la cirugía de cadera.

Con carácter general, está indicada la cirugía en los casos de dolor en trocánter mayor que no han mejorado con las técnicas conservadoras y llevan más de seis meses de evolución.

Entre las tendinopatías de la cadera destacamos:

Tendinopatía del psoas. El psoas es un músculo localizado en la parte anterior de la cadera y está implicado en la flexión del muslo. Su sobrecarga o inflamación se manifiesta habitualmente como dolor en región inguinal o cadera, asociándose a veces a resalte o resorte. El tratamiento mediante estiramientos y fisioterapia específica suele mejorar en gran medida los síntomas. Las infiltraciones dirigidas pueden ayudar en casos refractarios.

Tendinopatía glútea. El glúteo medio es el músculo elevador lateral del muslo y contribuye para una correcta dinámica de la marcha. Existen diversos espectros de lesión de

este músculo que van desde la tendinitis o tendinopatía hasta la rotura completa, pasando por la rotura parcial. La mayor parte responden al tratamiento conservador mediante fisioterapia, precisando en ocasiones infiltraciones, pudiendo precisar una sutura quirúrgica del tendón (...)».

5. Por parte del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica observamos en su informe preceptivo emitido que coincide con el SIP al concluir que la actuación realizada a la paciente por el SCS estuvo dentro de los estándares de los criterios traumatológicos y se ha realizado una praxis normal y correcta (páginas 39 y siguientes). Literalmente nos indica en su informe que:

« (...) La paciente es operada y presenta buena evolución clínica hasta la marcha sin muletas que se permite después de la integración del injerto autólogo a las 6 semanas posoperatorias. Acude a sucesivas consultas sin dolor y con recuperación de la movilidad. A los 6 meses postoperatorios acude a consulta por dolor en cadera operada. Es atendida y se pauta tratamiento conservador con AINEs, se pide rehabilitación y se cita para revisión. Dado la no mejoría se realiza infiltración con trigón sin mejoría. Esta infiltración permite bajar la inflamación peritrocánterica y también sirve como herramienta diagnóstica/terapéutica para el síndrome doloroso del trocánter mayor.

Ante la no mejoría clínica y habiendo dado el test de infiltración negativo se solicita una ecografía, prueba indicada para esta patología.

Teniendo en cuenta la pelvis de Otto que requiere cierta extrusión del cotilo y la liberación de partes blandas que fue precisa durante la cirugía junto con las manifestaciones clínicas todo hace pensar como diagnóstico más probable el pinzamiento del psoas. De todos modos se solicita como prueba complementaria la ecografía para confirmar el diagnóstico y porque esta zona tiene un diagnóstico diferencial de otras causas posibles para lo que es necesario dicha prueba complementaria. La ecografía viene informada como patrón inflamatorio con derrame articular en región de PTC izquierda, tenditis proximal de psoas ilíaco izquierdo.

Dado la no mejoría y persistencia de los síntomas se canaliza con diagnóstico de pinzamiento de psoas iliaco para hospital de referencia en HUC para valoración artroscopia de cadera (CAC).

El tratamiento inicial para un cuadro de estas características es conservador en los primeros 6 meses, aún más, teniendo en cuenta que la cirugía fue más compleja que una prótesis estándar y requiere de un postoperatorio más largo. Se indica tratamiento antiinflamatorio, se realiza infiltración con corticoides. Puede ser que los tiempos se hayan alargado por la espera de las pruebas complementarias e interconsulta realizada a rehabilitación.

La paciente no aporta en su demanda ninguna documentación de su valoración en Hospital Universitario de Canarias (HUC) ni este servicio tiene acceso a las notas clínicas. La paciente fue canalizada al hospital de referencia para valoración por la unidad de cadera. Según los registros de lista de espera quirúrgica fue apuntada en lista de espera quirúrgica (LEQ) del Hospital Universitario de Canarias (HUC) con diagnóstico de tendinitis del psoas y fue apuntada para intervención bajo cirugía artroscopia de cadera. Es evidente que dos especialistas en traumatología y cirugía ortopédica coinciden en el diagnóstico y procedimientos a realizar.

La paciente sí aporta un informe clínico de intervención en clínica la (...) con diagnóstico de rotura del glúteo medio y bajo artroscopia, se realizó burssectomía + refrescado de la lesión + sutura en doble hilera. Hueso de trocanter muy osteoporótico. Aporta también, informe de ecografía del glúteo medio. Se observa irregularidad cortical en la inserción de trocanter del glúteo medio con engrosamiento hipoecico heterogéneo del tendón, que asocia presencia de microcalcificaciones lineal en la inserción, hallazgos compatibles con tendinosis degenerativa. Se identifica área de menor ecogenicidad en su aspecto profundo de unos 3-4 mm que podría corresponder con dudosa microrotura. Leve distensión líquida laminar de bursa troncanterica. Tendón glúteo menor sin alteraciones significativas para la edad de la paciente. Pequeños nódulos hipoecicos subcutáneos subyacentes a cicatriz, compatibles con pequeños focos de necrosis grasa.

En la ecografía previa no se objetiva lesión glútea previa lo que hace pensar que bien la rotura se provoca después de la primera ecografía o puede haber controversia entre ambas pruebas, a lo que el servicio de Traumatología es ajeno. De cualquier manera queda evidente que la actuación recibida por el Servicio de Traumatología en particular por el Dr. (...) ha sido una praxis normal como actuaría cualquier traumatólogo. La paciente en todo momento es atendida de manera correcta marcando los tiempos necesarios para la patología de la que padece: tratamiento inicial conservador, se realiza infiltración, se pide la prueba complementaria indicada y remitiendo a hospital y unidad de referencia que corrobora la actuación poniéndola en lista de espera con el mismo diagnóstico con el que se canaliza (...).».

6. En los documentos obrantes en el expediente se confirma que después de la intervención de prótesis de cadera a la que se sometió la afectada, véase el Documento del Consentimiento Informado que obra en las páginas 69 y 89 del expediente, se presentaron molestias en la zona de la intervención, pero debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona, no ignorando, por otro lado, la paciente que estas molestias se pueden prolongar durante algún tiempo o bien hacerse continuas.

No obstante, ante las manifestaciones clínicas presentadas, tras este tipo de intervenciones quirúrgicas se instaura un tratamiento conservador con

antiinflamatorios no esteroideos y fisioterapia, como efectivamente se realizó en el presente supuesto.

7. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, entre ellos en su Dictamen 283/2021, de 20 de mayo, requisitos para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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, sin perjuicio 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 el presente caso, la reclamante no ha aportado ninguna prueba de que la actuación sanitaria se haya apartado de la *lex artis ad hoc*, que desvirtúe el informe del SIP obrante en las actuaciones y las anotaciones de la historia clínica, por lo que no concurrirían los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Por el contrario, se ha llegado a constatar por la Administración Sanitaria que a la paciente se le realizaron las pruebas precisas para determinar, de acuerdo con la sintomatología presentada en cada momento, el origen de las molestias alegadas y que según la reclamante tenían su origen en la intervención inicial. Así, fue en la ecografía de 12 de febrero de 2019, en la que se objetivó la microrrotura de glúteo medio por la que finalmente fue intervenida en el Hospital (...) (páginas 435, 446 y 447 del expediente).

Lo cierto es que, de los documentos obrantes en el expediente resulta que tras la realización de infiltración, resonancia magnética y ecografía no se observó el posible diagnóstico porque no estuvo presente en ese momento, razón por la que no se diagnostica la rotura de glúteo alegada (páginas 182, 216 del expediente). Pero en todo caso sí consta que se le practicaron las pruebas médicas necesarias en cada momento conforme la evolución que la enfermedad o dolencias que la reclamante

iba presentando, sin que la interesada haya llegado a probar en la tramitación procedimental una actuación deficiente por parte del SCS.

8. Con todo, no se objetiva el retraso alegado por la interesada en atención al diagnóstico de la rotura del glúteo medio, bien al contrario, se ha demostrado que la actuación recibida por el SCS fue ajustada a la *lex artis ad hoc* en cada momento.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta conforme a Derecho, en virtud de las razones expuestas en el Fundamento III de este Dictamen.