



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 4 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 23 de febrero de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciada por la reclamación de indemnización formulada por E.P.D., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 42/2015 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 106.099,16 euros. Esta cuantía determina, en todo caso, la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera 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. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. El interesado presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la asistencia médica recibida fue inadecuada y causante de los daños soportados. Así, en su escrito de reclamación expone los hechos del modo siguiente:

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

" (...) Con fecha de 14 de abril de 2007, (...) ingresó vía urgencias tras precipitarse desde tres metros *de* altura aproximadamente, con dolor, deformidad e impotencia funcional en tobillo derecho, diagnosticándose una fractura abierta de pilón tibial, con fractura de maléolo externo del tobillo derecho.

El mismo día de su ingreso, se realizó reducción y osteosíntesis de la fractura de peroné, y colocación de fijador externo en tibia (...) informe de alta el servicio de COT "A", de 27 de abril de 2007.

En fecha de 26 de junio de 2007, regresa al servicio de urgencias por presentar dolor de inicio súbito en tobillo derecho. Tras realizar las pruebas pertinentes, se detecta infección en el miembro inferior derecho, permaneciendo ingresado para tratamiento antibiótico y tratamiento por parte de la unidad del dolor, siendo dado alta el día 13 de julio del mismo año.

(...) Se comprueba la existencia de Pseudoartrosis en tibia, quedando (...) propuesto para retirada de placa de peroné y tratamiento de la Pseudoartrosis, presentando signos degenerativos en la articulación del tobillo derecho. Mientras, permanece con un yeso, hasta un total de 13 meses, cuando lo aconsejado sería un máximo de 6-8 meses.

El día 15 de septiembre de 2008, ingresa para ser intervenido para tratamiento quirúrgico de artropatía degenerativa postraumática en tobillo y pie derecho, con alta a los 4 días (...) de informe de alta del servicio de COT "A", de 19 de septiembre de 2008.

El día 28 de septiembre de 2009 vuelve a ser intervenido para retirada de material de osteosíntesis, injerto óseo y osteosíntesis, por pseudoartrosis tibia derecha, siendo dado de alta el día 5 de octubre de 2009.

Tras esta última intervención, presenta dehiscencia de sutura de cara externa del tobillo y supuración por herida en talón, por lo que reingresa el día 20 de octubre de ese mismo año, para .limpieza quirúrgica y tratamiento antibiótico.

Los cultivos intraoperatorios fueron negativos debido a que el paciente estaba recibiendo quinolonas (antibióticos) desde la semana antes de la cirugía (...) informe de alta del servicio de COT "A", de 5 y 27 de octubre de 2009.

En el siguiente control en consulta el 7 de abril de 2010, aunque el traumatólogo no aprecia signos inflamatorios externos, (...) sigue con dolor y con una PCR de 14; y es incluido en la lista de espera para la retirada definitiva del material de

osteosíntesis, siendo intervenido nuevamente el día 20 de julio de 2010 (...) informe de alta del servicio de COT "A", de 30 de julio de 2010.

En noviembre de 2010 se observa fistulización y drenaje en la zona plantar del pie derecho (donde se había colocado el clavo endomedular en septiembre del año anterior). Es por ello, que el 15 de noviembre de 2010, es ingresado con diagnóstico de osteomielitis en MID para desbridamiento y limpieza quirúrgica, suspendiéndose la cirugía por falta de tiempo quirúrgico, y reingresando para quirófano programado el día 25 de noviembre del mismo año, continuando desde el día 10 de diciembre hasta el 15 del mismo mes de 2010 en régimen de hospitalización domiciliaria para completar tratamiento endovenoso (...) informe de alta del servicio de COT "A", de 19 de noviembre y 10 de diciembre de 2010 (...) informe de alta de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria de 15 de diciembre de 2010.

En la RMN realizada en fecha de 6 de abril de 2011, se observan signos de artrodesis de la articulación tibio-peroneo-astragalina los hallazgos sugieren osteomielitis crónica sin cambios significativos y casi desaparición del componente de partes blandas (...) informe de Resonancia magnética con fecha 11 de abril de 2011.

En fecha de 7 de julio de 2011, el pie y tobillo presentan edema y dolor a la palpación, sin signos inflamatorios ni exudados y analítica DLN.

El servicio de COT se está planteando nueva cirugía para fijación del pie, pero dada la mala evolución recurrente y que en la RMN se observa que persisten los signos de infección, por fin deciden solicitar una segunda opinión en el hospital de referencia nacional que es la Unidad de Sépticos del aparato locomotor del Hospital Bellvitge de Barcelona (...) informe clínico solicitando segunda opinión con fecha 14 de julio de 2011.

Como resultado de las intervenciones quirúrgicas, y a la tórpida evolución de las mismas, así como a la tardía actuación del equipo de COT que lo ha venido tratando en el Hospital Universitario de Canarias, ya que no es hasta julio del pasado año, habiendo arrastrado una infección que ya se ha hecho crónica, cuando decide por fin remitir al paciente a la unidad especializada en Barcelona, (...) presenta hoy una secuela estética y funcional de su pierna derecha.

El resumen que antecede de la evolución clínica del paciente conduce a la conclusión de que debió extremarse el control de la situación de aquél, mediante el uso de técnicas de diagnóstico más precisas, que hubieran podido permitir la

detección de las lesiones, concurriendo además el nexo causal puesto que fue debido al excesivo tiempo que permaneció con el yeso (13 meses) que derivó en una pseudoartrosis, teniendo por ello que ser intervenido en varias ocasiones, derivando de aquí la osteomielitis.

Debido a esto, (...) presenta además, un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, que tal y como describe el psiquiatra se debe al cambio en su estilo de vida en los últimos años a raíz de la enfermedad y las posibles medidas terapéuticas (los especialistas se están planteando amputar el pie derecho) (...) informe del servicio de psiquiatría de fecha de 23 de marzo de 2012.

De lo expuesto se deduce que existieron negligencias significativas en el tratamiento que se le practicó al lesionado, lo que compromete la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

(...) tenga por formulada reclamación contra el Hospital Universitario de Canarias, por funcionamiento anormal de sus servicios sanitarios que produjeron daños y perjuicios (...) no ha incoado diligencias previas penales relativas a este asunto (...) proponer los siguientes medios de prueba (...) estima que el momento en que se produce la lesión, viene a ser desde el comienzo del tratamiento, pues es desde la colocación del yeso que se dilata en el tiempo cuando empieza la pseudoartrosis que tratan de corregir con tratamiento quirúrgico, que es del que deriva la infección de la herida quirúrgica y, como última consecuencia, la osteomielitis. Derivando al paciente al Hospital de referencia nacional tardíamente (...) ”.

4. En el procedimiento incoado el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo por tanto iniciar el procedimiento.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada por el interesado el 12 de abril de 2012, en relación con los daños soportados por reclamante; la misma no puede ser calificada de extemporánea por las razones que expondremos posteriormente, pues se considera que no ha transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del SCS, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado SCS, 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

II

En la tramitación del procedimiento se observan las siguientes actuaciones administrativas:

1.- El 24 de abril de 2012, se dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación formulada, advirtiendo sobre la posible declaración de prescripción. Con fecha 22 de mayo de 2012, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) informa declarando prescrita la acción para reclamar.

2.- Con fecha 14 de junio de 2012, en plazo de trámite de audiencia, el interesado presenta escrito de alegaciones oponiéndose a la prescripción. El SIP emite nuevo informe de 26 de octubre de 2012, ratificándose en el anterior.

3.- Con fecha 2 de noviembre de 2012 se solicita informe preceptivo a la Asesoría Jurídica Departamental, y el 23 de noviembre de 2012 se emite informe en el que entiende que el borrador de resolución presentado no se ajusta a Derecho puesto que para determinar la prescripción de una acción es preciso conocer toda la documentación clínica del reclamante; máxime dadas las fechas del diagnóstico y el hecho de que, 7 meses después se plantee una segunda opinión.

4.- Con fecha 26 de noviembre de 2012 se remite informe de la Asesoría Jurídica al SIP para que envíe a la Secretaría General la documentación clínica del reclamante. Con fecha 5 de marzo de 2013, el SIP consideró que se trataba de un daño continuado, remitiendo la citada documentación entre la que figura tanto la copia de la historia clínica de Atención Primaria y del Hospital Universitario de Canarias (HUC) como los informes preceptivos recabados (Cirugía Ortopédica y

Traumatológica, informe de la Sección de Infecciosos, e informe del jefe de Servicio de Psiquiatría, todos del HUC).

5.- Con fecha 25 de junio de 2014, se recibe en la Secretaría General del SCS escrito del interesado en el que aporta informe médico de 22 de mayo de 2014, con el fin de documentar las secuelas de su proceso, que finalmente consisten en la amputación de su MID. Se remite este informe al SIP que, a la vista de la historia clínica del paciente, determina en su nuevo informe de 10 de agosto de 2014 la siguiente sucesión de hechos:

“Se trata de un paciente con antecedentes personales de Diabetes Mellitus en tratamiento.

- Con fecha 14 de abril fue diagnosticado de fractura de maleolo externo del tobillo derecho, siendo intervenido quirúrgicamente con fijación externa en tibia.

- El 26 de junio de 2007 acude al Servicio de Urgencias del HUC por dolor súbito en tobillo derecho. Se diagnostica infección en MID, siendo ingresado para tratamiento antibiótico y por la Unidad del Dolor. Con fecha 3 de julio de 2007 se le retira fijador externo en quirófano y se recoge muestra para cultivo. Se aísla *S. aureus* meticilín-sensible. Se comprueba la existencia de pseudoartrosis en tibia y se retira la placa del peroné. Se observan signos degenerativos en la articulación del tobillo derecho.

- El 15 de septiembre de 2008 ingresa para intervención quirúrgica por artropatía degenerativa traumática en tobillo y pie derecho y retirada de material de osteosíntesis y artrodesis tibio-peroneo-calcáneo astragalina.

- El 28 de septiembre de 2009 vuelve a ser intervenido para retirada de material de osteosíntesis, por pseudoartrosis en tibia derecha, y colocación de clavo endomedular. Los cultivos intraoperatorios fueron negativos. Tras el alta presenta dehiscencia de sutura de cara externa del tobillo y supuración por herida en el talón, reingresando el 20 de octubre para limpieza quirúrgica y tratamiento antibiótico. Tras el alta presenta retraso en el cierre de la herida y en varios exudados se logra aislar *pseudomonas aeruginosa*, solicitando interconsulta a Infecciones. Se modifica el tratamiento antibiótico y la evolución es favorable, con cierre de la herida y sin signos de infección. Se realizan controles analíticos en consulta de Infecciones.

- El 7 de abril de 2010 es incluido en lista de espera para la retirada definitiva de material de osteosíntesis, siendo intervenido con fecha 20 de julio de 2010. En noviembre del mismo año se observa fistulización y drenaje de la zona plantar del

pie derecho, donde se había colocado el clavo endomedular. El día 15 es ingresado con diagnóstico de osteomielitis en MID para desbridamiento y limpieza quirúrgica, que se lleva a cabo con fecha 25 del mismo mes y año. Los hallazgos en RMN de 6 de abril de 2011 sugieren osteomielitis crónica sin cambios significativos y casi desaparición del componente de partes blandas.

- En fecha 7 de julio de 2011 el pie y el tobillo presentan edema y dolor a la palpación sin signos inflamatorios ni exudados y analítica dentro de la normalidad. El COT decide solicitar un segunda opinión en el hospital de referencia nacional, la Unidad de Sépticos del aparato locomotor del Hospital Bellvitge de Barcelona. Según refiere el reclamante, le comentaron que la situación era complicada y cabía la posibilidad de amputación, como ya le había planteado su traumatólogo en el HUC. Siguiendo las recomendaciones del informe del hospital de Bellvitge, se solicita TAC y gammagrafías. El TAC muestra fractura consolidada con callo hipertrófico en extremo distal de tibia y peroné con anquilosis de articulación tibio-peroneo-astragalina, en relación con artrodesis.

- Con fecha 6 de febrero de 2013 se lleva a cabo intervención quirúrgica programada. No se visualizan signos de infección y se realiza artrodesis con grapas de titanio. Tras la cirugía, el reclamante presenta infección superficial de la herida quirúrgica por *Pseudomona aeruginosa* que se trata con antibióticos. Evoluciona bien y se produce el cierre de la herida, aunque persiste el dolor. Tras RMN se propone nueva intervención quirúrgica con fecha 26 de agosto de 2013 (...).

6.- Con fecha 25 de agosto de 2014, descartada ya la prescripción de la reclamación, se remite copia del expediente de responsabilidad patrimonial incoado a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias "para la tramitación de parte del procedimiento por ese órgano, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución de 22 de abril de 2004, del Director del SCS, por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en determinados órganos de este Organismo autónomo y en la Instrucción 7/12 para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de asistencia sanitaria prestada por este Organismo Autónomo".

7.- El 11 de septiembre de 2014 se dictó Acuerdo sobre el período probatorio, por el que se admite la documental propuesta por el interesado, no ocurriendo lo mismo con la testifical, así como con la prueba consistente en la declaración del

perjudicado, que fueron rechazadas con arreglo al razonamiento que se contiene la fundamentación 4ª del referido Acuerdo.

8.- El 31 de octubre de 2014, el órgano instructor concede el preceptivo trámite de audiencia al interesado, que formuló alegaciones el 20 de noviembre de 2014, en las que reitera el presunto daño que reclama.

9.- Con fecha 16 de diciembre de 2014, se solicita informe preceptivo de la Asesoría Jurídica Departamental, que fue emitido el 26 de enero de 2015. El citado informa considera, ahora sí, ajustado a Derecho el borrador de resolución, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero.

10.- El procedimiento concluye con la preceptiva PR, de carácter desestimatorio, emitida el 27 de enero de 2015, toda vez que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Por otra parte, se observa que se incumplió el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado en virtud de Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. La demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y aun económicos que procedan [arts. 42.1, 43.4.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

III

1. Para que exista responsabilidad de las Administraciones Públicas, particularmente la derivada de las prestaciones sanitarias en cuanto a los daños y perjuicios supuestamente causados con ocasión de la asistencia de esta naturaleza, resulta obligado recordar que el daño alegado por el interesado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas (art. 139.2 LRJAP-PAC), y que sólo será indemnizable cuando provenga de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con el mencionado texto legal. En el ámbito de la asistencia sanitaria, la actuación empleada por los facultativos habrá de adecuarse a los medios disponibles y, en todo caso, a la *lex artis ad hoc*, sin que se pueda exigir que, habiéndose actuado de conformidad con dichos principios, el resultado dañoso que, en su caso, se pudiera

producir fuere imputable a la Administración sanitaria y, por ello mismo, indemnizable, ya que no podría ser atribuido a una prestación -que se califica de inadecuada- del servicio presuntamente causante del daño.

2. El objeto de la reclamación, según manifiesta el interesado, es que, como resultado de las intervenciones quirúrgicas a que fue sometido, de la tórpida evolución de las mismas y de la tardía actuación del equipo de COT, presenta hoy una secuela estética y funcional en su pierna derecha (amputación del MID). En consecuencia, el interesado reclama ya que, a su juicio, debieron utilizarse técnicas más precisas de diagnóstico y que, dado el tiempo excesivo con el yeso, se generó la pseudoartrosis, por lo que tuvo que ser intervenido en varias ocasiones, produciéndose la osteomielitis y final amputación del miembro en el año 2014.

Además, el interesado alega que a causa de lo ocurrido presenta un episodio depresivo grave debido al cambio en el estilo de vida a raíz de todos estos acontecimientos (en especial, la amputación sufrida).

3. El SIP, en su informe de fecha 10 de agosto de 2014, indica literalmente que “la determinación y el alcance de las secuelas fueron fijadas con fecha 11 de noviembre de 2010, fecha en la que se observa por primera vez en la RNM signos de osteomielitis. Estas secuelas se complican al producirse una serie de infecciones recurrentes, produciendo unos daños continuados en el tiempo por la persistencia del agente infeccioso (...), convirtiendo los episodios infectivos primarios de este germen, que fueron tratados y resueltos con anterioridad, en una infección secundaria como es la osteomielitis, que comenzó siendo aguda pero se convirtió en crónica, al albergar gérmenes acantonados en pequeños secuestros o nidos de tejido óseo y también por presentar áreas de tejido cicatricial blando de aspecto necrótico e isquémico”.

El referido Servicio señala, además, que “la osteomielitis padecida por el paciente con posterioridad a los intentos de remediar su proceso traumatológico en el pie derecho, es una infección secundaria que surge en pacientes con alteraciones en el sistema inmune, en el metabolismo y/o la irrigación sanguínea en el área comprometida, y entre los factores de riesgo para que se produzca, se encuentra la Diabetes Mellitus, enfermedad que padece el reclamante, y que afecta principalmente a los huesos del pie. Se suele desplegar al albor de úlceras de miembros inferiores y de intervenciones quirúrgicas repetidas, llevadas a cabo en pacientes con traumatismo cerrado de cualquier índole”.

4. La PR examinada no es conforme a Derecho, por cuanto el detenido examen del expediente (muy en particular, los diversos informes que el mismo constan) no aclaran pertinentemente determinadas cuestiones que fueron planteadas por el interesado a lo largo de la tramitación del procedimiento. Estas cuestiones no se refieren tanto a las complicaciones surgidas a raíz de las sucesivas intervenciones a que tuvo que someterse el afectado y que recibieron la asistencia médica que, en cada momento y circunstancia, requerían, como pone de relieve el informe del SIP de 10 de agosto de 2014. Antes bien, las dudas se circunscriben principalmente a una fase anterior del proceso dadas las especiales características que presentaba el interesado cuando tuvo lugar el desgraciado problema traumatológico; peculiaridades o condiciones de las que la Administración sanitaria tenía que haber sido perfectamente consciente (reenviamos, de nuevo, al citado informe del SIP) y que exigían, para este concreto caso, extremar el tratamiento y los cuidados que debían adoptarse para evitar o paliar, en su caso, las sucesivas y graves dificultades por la que atravesó el paciente en su evolución clínica hasta la amputación de su MID. No se estaba en presencia, pues, de una persona en condiciones "normales" (valga el término convencional). Se reitera que el propio SIP explica que "la osteomielitis padecida con posterioridad a los intentos de remediar su proceso traumatológico en el pie derecho, es una infección secundaria *que surge en pacientes con alteraciones en el sistema inmune, en el metabolismo y/o la irrigación sanguínea en el área comprometida, y entre los factores de riesgo para que se produzca se encuentra la Diabetes Mellitus, enfermedad que padece el reclamante, y que afecta principalmente a los huesos del pie.* Se suele desplegar al albor de úlceras de miembros inferiores y de intervenciones quirúrgicas repetidas, llevada a cabo en pacientes con traumatismo cerrado de cualquier índole".

Pues bien, siendo esto así, no se aclara la razón o el motivo por el que el SCS, *siempre en atención a la enfermedad de base que sufre el paciente (Diabetes Mellitus)*, tardó aproximadamente un año en intervenir al afectado de artrodesis. Tampoco se explican las consecuencias del hecho de que el paciente tuviera que permanecer con el yeso durante mucho tiempo (más de un año); si dicho acto pudo generar o contribuir decisivamente a que se produjeran las complicaciones surgidas en la pierna o foco de la lesión del enfermo (pseudoartrosis); y si el desenlace fue aún más desfavorable para el reclamante (aparición de la osteomielitis) habida cuenta de las circunstancias y antecedentes del mismo.

Asimismo, y ya en una fase posterior de su evolución clínica, debe darse debida respuesta al interrogante formulado por el interesado relativo a una supuesta

actuación tardía del equipo de COT, determinante, a su parecer, de la amputación finalmente llevada a cabo, puesto que, “a pesar de que la infección se le había hecho casi crónica, tarda prácticamente años en remitir al paciente a la unidad especializada de Barcelona, y cuando ésta remite el informe, el traumatólogo del dicente estaba de baja, baja que se prolongó en el tiempo, y agobiado porque el tiempo pasaba sin que ofrecieran solución a ésta parte, mientras seguía con los dolores, se vio obligada a solicitar a la Dirección del centro, cambio de traumatólogo” (escrito de alegaciones de 20 de noviembre de 2014).

5. En definitiva, a la vista de lo acaba de exponerse procede retrotraer las actuaciones por el órgano instructor a fin de que se complete el procedimiento con la emisión de los pertinentes informes de los Servicios implicados que aclaren suficientemente las cuestiones planteadas con anterioridad. A continuación, y previa vista y audiencia del reclamante, se formulará una nueva PR, que deberá resolver fundadamente las alegaciones que, en su caso, realice el afectado. Por último, se solicitará el dictamen preceptivo de este Consejo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, debiendo procederse en la forma que ha quedado expuesta en el Fundamento III, 4 y 5.