



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 257/2016

(Sección 2ª)

La Laguna, a 5 de septiembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), representado por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 231/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 1 de julio de 2016 (con registro de entrada de 4 de julio de 2016) es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

2. El presente expediente trae causa del que analizó anteriormente este Consejo Consultivo [Exp. 80/2016 IDS], en relación con el que el 8 de abril de 2016 se remitió escrito de la Presidencia de la Sección II, tras sesión celebrada en la misma fecha, por el que se comunicaba la suspensión del plazo de emisión de dictamen, de conformidad con el art. 53.e) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Consejo Consultivo de Canarias (Decreto 181/2005, de 26 de julio). En el mismo se requería remisión de determinada documentación, en los siguientes términos:

«Requerir a la Administración actuante la documentación que a continuación se expresa:

En la reclamación del interesado, de 27 de octubre de 2010, se hace referencia a que el 7 de septiembre de 2009, tras acudir a varios Centros de Salud, el médico que lo atiende en el Centro de Salud de San Jurjo lo remite en ambulancia a Urgencias del Hospital Doctor Negrín, comenzando a exponer, a partir de ahí, las vicisitudes de la atención sanitaria recibida que dan origen a su reclamación, cuya falta de adecuación a la *lex artis* entiende que se basa en que en aquella fecha no fue ingresado en planta en el Hospital, como requería su padecimiento.

Ahora bien, la Propuesta de Resolución no hace mención a este ingreso, pues no lo hace tampoco el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 11 de mayo de 2012, que comienza analizando el ingreso de 22 de septiembre de 2009, como origen de la reclamación, sin mencionar ingreso previo, y en relación con esta misma fecha (22 de septiembre de 2009) expone el interesado sus alegaciones, el 12 de noviembre de 2012, sin mencionar el ingreso de 7 de septiembre de 2009 en tal escrito.

Por otra parte, analizada la historia clínica del reclamante no se observa ningún documento relativo al ingreso de 7 de septiembre de 2009 en Urgencias del Hospital Doctor Negrín, ni a la remisión al mismo por Atención Primaria, lo que haría pensar que nos hallamos ante un error del reclamante al señalar en su reclamación aquella fecha.

Sin embargo, consta en la historia clínica un documento que induce a pensar que sí hubo una atención hospitalaria previa al 22 de septiembre de 2009, como bien indicaría, entonces, el reclamante.

Se trata de un informe del Servicio de Reumatología, de 23 de noviembre de 2009, en el que se señala:

“Paciente conocido por el Servicio de Reumatología, diagnosticado de bursitis séptica; en la última revisión en consulta externa el 11/09/09 persiste tumefacción indolora a nivel de bursa anserina (...). Se aconseja continuar con antibioterapia indicada al alta hospitalaria hasta la próxima consulta (...).”

De este informe se deduce que el paciente había sido visto por el Servicio de Reumatología en el Hospital antes del 11/09/09, por tanto, antes del 22 de septiembre de 2009, y también se deduce que antes de aquella fecha, esto es, antes del 11 de septiembre de 2009, se le había prescrito tratamiento de antibioterapia en el Hospital al ser dado de alta. Luego, se deduce que el paciente sí estuvo en el Hospital por la patología que ocupa el expediente actual antes del 22 de septiembre de 2009 y, más aún, antes del 11 de septiembre de 2009, lo que parece indicar que en la fecha consignada en su reclamación (7 de

septiembre de 2009) se produjo el primer ingreso al que él imputa el origen de los daños por los que reclama.

Puesto que nada hay en la historia clínica relativo a tal ingreso, ni en el citado informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, ni en la Propuesta de Resolución, procede suspender la emisión de Dictamen para que se aclare tal extremo por la Administración, y, en su caso, se remita la documentación relativa a tal ingreso».

II

1. En el procedimiento incoado se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al pretender el resarcimiento de un daño que ha sufrido en su esfera personal como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud. En este procedimiento el interesado actúa mediante representación debidamente acreditada.

Se cumple, asimismo, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Por otra parte, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues el interesado interpuso aquel escrito el 27 de octubre de 2010 en relación con un daño cuyas secuelas se determinan a la fecha del informe de alta, emitido el 28 de octubre de 2009.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es 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 15.1 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.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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.

III

En cuanto al objeto de la reclamación que nos ocupa, procede transcribir el escrito de reclamación, donde se señalan los siguientes hechos:

«PRIMERO.- (...) que en fecha 7 de septiembre de 2009 fui al Centro de Salud de San jurjo (*sic*), (después de haber ido dos veces en días anteriores a dos centros diferentes de salud, Guanarteme y Alcaravaneras, donde me diagnosticaron leves problemas de estómago poniéndome suero) revistiendo un cuadro de gravedad por lo que el médico que me ve me envía en ambulancia al Hospital Negrín-Urgencias. El primer médico que me ve me asigna una cama para ingresar al día siguiente dada la gravedad de mi dolencia. Al terminar ese médico su turno, en la mañana posterior otro médico me da el alta, sin darme ninguna explicación, y se basa en una levísima mejoría derivada de la analítica y de estar toda la noche con el tratamiento de choque. Según informes médicos cuando acudí a urgencias todo comenzó con cuadro de ondinofagia, fiebre hasta 39°C, vómitos y dolor en rodilla izquierda, (*sic*) urgencias donde se realizó artrocentesis con cultivo de líquido sinovial negativo, y se extrajeron hemocultivos, aislándose un *Streptococcus pyogenes* (A) sensible a penicilina, que tras ser valorado por COT (ecografía partes blandas) y fui diagnosticado erróneamente (a la vista inequívoca de mis síntomas que evidentemente obedecían a otra índole), de celulitis y dado de alta con orbein 500 mg/6 h durante 14 días. Esto motivó que verdaderamente los síntomas se enmascaran ya que ese tratamiento no es el adecuado para controlar ese tipo de bacteria ya que se necesita un ingreso y tratamiento por vena que fue lo que se hizo con posterioridad y me salvó la vida. La bacteria en realidad me estaba agujereando el pulmón, y me causó daños irreparables por bursitis en la rodilla.

A los 12 días de tratamiento acudí nuevamente al SUH por reaparición de fiebre alta en las últimas 48 horas, dolor pleurítico derecho, escasa tos con expectoración mucopurulenta y persistencia del dolor en rodilla izquierda, por lo que se decidió ingreso en Reumatología ante la sospecha de osteomielitis. Además se realizó ecocardiograma TT sin hallazgos patológicos y Rx tórax donde se observa imagen de condensación. En ese tramo estuve al borde de la muerte, recibiendo un tratamiento durísimo "in extremis", corriendo un peligro inminente de muerte, dicho textualmente por los facultativos, recibiendo penicilina a granel cada 6 horas durante 6 días, valorándome múltiples médicos los cuales se dieron cuenta de que un diagnóstico primario mal hecho y que la bacteria ha causado daños de extrema gravedad.

Finalmente, tras la hospitalización y con posterioridad según prescripción médica evolucioné favorablemente por lo que se decidió el alta, y seguimiento de forma ambulatoria en fecha de 28 de octubre de 2009, fecha ratificada en informe clínico (...).

SEGUNDO.- A resultas de la errónea asistencia sanitaria recibida se me han producido los siguientes daños y se me han quedado las siguientes secuelas:

Lesión en la rodilla. Bursitis séptica izquierda, osteomielitis subyacente.

Dos agujeros en el pulmón de los que quedaron cicatrices.

Secuela permanente en la rodilla izquierda que me limita los movimientos, me impide desarrollar actividades deportivas que realizaba con asiduidad y (*sic*) incapacidad para desarrollar normalmente mi trabajo. Dolor en cambios de temperatura y secuelas psicológicas del mal trago padecido y la hospitalización tediosa, y tratamiento posterior durísimo».

Se solicita una indemnización, cuantificada en trámite de mejora en 300.000 euros por los referidos daños, a los que deben adicionarse los intereses legales que procedan, así como actualizarse al IPC.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido sin que se justifique la demora, lo que no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 LRJAP-PAC).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 18 de noviembre de 2010, se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su reclamación. De ello recibe notificación el 26 de noviembre de 2010, viniendo a aportar lo solicitado el 1 de diciembre de 2010.

- Por Resolución de 10 de diciembre de 2010, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado. Se acuerda asimismo la remisión del expediente para su tramitación a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN), pues, de conformidad con la Resolución de 22 de abril de 2004, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, por la que se le delega competencia, la Dirección Gerencia del HUGCDN es competente para la tramitación de este procedimiento y para proponer el correspondiente informe-propuesta, previa a la formulación por parte de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de la Resolución que le ponga fin. Además, se acuerda la suspensión del procedimiento entre la solicitud y la recepción del preceptivo informe del Servicio. De todo ello se notifica al interesado el 27 de diciembre de 2010.

- Por escrito de 14 de diciembre de 2010, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se emite el 11 de mayo de 2012, tras haber recabado la documentación necesaria.

- El 31 de mayo de 2012, se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por el interesado y se incorpora como

documentación anexa el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, junto con la documentación que acompaña, y puesto que toda la documentación ya obra en el expediente se declara concluso el periodo probatorio. Tras varios intentos de notificación infructuosa, es publicado en el BOC nº 168, de 28 de agosto de 2012, por anuncio de 9 de agosto de 2012 del Director Gerente del HUGCDN.

- El 9 de octubre de 2012, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, compareciendo el reclamante a efectos de que se le entregue determinada documentación el 23 de octubre de 2012.

- El 24 de octubre de 2012, se realiza apoderamiento *apud acta* del representante del interesado, pues el apoderamiento que constaba en el expediente, de 1 de diciembre de 2010, no se realizó ante funcionario público.

- El 12 de noviembre de 2012, se presenta escrito de alegaciones por el interesado.

- A la vista de aquellas alegaciones, el 17 de enero de 2013, se solicita informe complementario al Servicio de Inspección y Prestaciones, que lo emite el 19 de agosto de 2013.

- Se concede nueva audiencia al interesado el 20 de agosto de 2013, sin que presentara alegaciones.

- El 14 de marzo de 2014 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la pretensión del interesado, emitiéndose borrador por la Dirección General del Servicio Canario de la Salud, en la que no consta fecha. La Propuesta de Resolución es sometida a informe del Servicio Jurídico que se emite el 29 de abril de 2014, realizando observaciones.

- A la vista de las observaciones del informe señalado, el 5 de mayo de 2014 se solicita informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones. Sin embargo, lo que se aporta son nuevos informes médicos del Servicio de Urgencias (22-5-14), de Neumología (16-6-14) y de Reumatología (20-6-14) del HUGCDN.

Por ello, el 2 de septiembre de 2014 se solicita que se emita informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones de valoración de aquéllos, lo que se hace el 16 de noviembre de 2015.

No obstante, una vez más, el 30 de noviembre de 2015, se requiere que se complemente aquel informe en relación con prueba radiológica efectuada al reclamante en septiembre de 2009 en los términos requeridos por el informe del

Servicio Jurídico. Finalmente, el Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe el 14 de diciembre de 2014 (tras haber recabado informe al Servicio de Radiología del HUGCDN que se emite el 10 de diciembre de 2015).

- Se confiere nuevamente audiencia al interesado el 15 de diciembre de 2015, mas, debidamente notificado el 22 de enero de 2016, no presenta alegaciones.

- El 5 de febrero de 2016, se dicta Propuesta de Resolución, informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 26 de febrero de 2016, por lo que el 8 de marzo de 2016 se eleva a definitiva la Propuesta de Resolución, sometiéndola a dictamen de este Consejo.

- El 8 de abril de 2016, se remite escrito de la Sección II de este Consejo solicitando que se aporte determinada documentación, con suspensión del plazo de emisión de dictamen.

- Solicitado el 15 de abril de 2016 informe en relación con lo interesado por este Consejo al Servicio de Inspección y Prestaciones, éste emite informe complementario el 29 de abril de 2016.

- El 5 de mayo de 2016, se concede nueva audiencia al interesado, que, debidamente notificado el 13 de mayo de 2106, no presenta alegaciones.

- El 16 de mayo de 2016 se remite escrito del Presidente del Consejo Consultivo ampliando el plazo de suspensión para la remisión de documentación, con advertencia de archivo del expediente si no se produce en el nuevo plazo conferido. Por ello, no aportada la documentación tras concluir el plazo, mediante oficio de 20 de junio de 2016 se comunica que se ha archivado el expediente.

- Tras emitirse nueva Propuesta de Resolución el 5 de julio de 2016, se solicita nuevamente emisión de dictamen al Consejo. Debe destacarse la extrañeza ante el hecho de que la Propuesta de Resolución tenga fecha de 5 de julio de 2016 y la solicitud de dictamen sea de 1 de julio de 2016.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante, tras argumentar la adecuación a la *lex artis ad hoc* de la actuación sanitaria.

2. Ciertamente, la documentación del expediente viene a constatar la adecuación a la *lex artis ad hoc* de la actuación sanitaria, a lo que, como bien señala

el informe complementario emitido el 29 de abril de 2016 por el Servicio de Inspección y Prestaciones a la luz del escrito remitido por este Consejo, coadyuvaría el hecho de que la patología de rodilla del paciente se viniera sufriendo antes del 22 de septiembre de 2009.

Así, debe destacarse lo informado por el Servicio de Inspección y Prestaciones en virtud de la historia clínica del paciente, tanto de Atención Primaria, como del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, y de los informes emitidos por los distintos Servicios implicados.

A la vista de aquella información, el Servicio de Inspección y Prestaciones extrae distintas conclusiones que conducen a justificar que en cada momento la atención dispensada al paciente se adecuó a la sintomatología presentada, sin que guarde relación su patología de rodilla con la neumonía luego padecida, a lo que ha de añadirse, además, en contra de lo afirmado por el reclamante, que no han quedado secuelas de ninguna de las patologías.

Por ello, ha de analizarse por separado, por un lado, si fue adecuadamente tratado de su padecimiento en la rodilla, y, por otro y derivado de ello, si la neumonía guarda relación con un indebido tratamiento de la rodilla o es una patología posterior e independiente del primer proceso, así como, finalmente, si el paciente tiene secuelas de uno y otro proceso.

A. Por un lado, como señala la Propuesta de Resolución, ha quedado acreditado que el paciente fue debidamente diagnosticado y tratado de la bursitis que padecía en la rodilla. En contra de lo afirmado por el interesado, y no constatado por ningún dato, se señala por el facultativo especialista del Área, Servicio de Urgencias del HUGCDN, emitido el 17 de enero de 2011, que no había criterios de hospitalización del paciente a la fecha de aquella alta. A ello añade que aquél estuvo en observación durante 48 horas, con vigilancia de Enfermería y un facultativo responsable, con tratamiento antibiótico endovenoso, AINES y antitérmicos, indicados para el proceso infeccioso que presentaba, tal como establecen las guías y protocolos de los Servicios de Urgencia.

Sólo tras presentar mejoría clínica, analítica y estabilidad hemodinámica se le dio el alta con tratamiento antibiótico vía oral adecuado, según las citadas guías. Sin perjuicio de advertir al paciente que ante cualquier empeoramiento debía volver al Servicio, y en todo caso ser seguido por el Servicio de Reumatología en consultas externas. Lo que corrobora el informe del Coordinador del Servicio de Urgencias, de 22 de mayo de 2014.

Se señala en el referido informe de 17 de enero de 2011:

«Cuando acude al Servicio de Urgencias el 22 de septiembre refiere una clínica compatible con una celulitis en MI, no presentaba clínica de neumonía (informe del Servicio de Urgencias folio 217). Respecto de este último extremo se ha constatado mediante la prueba radiológica que le fue realizada en esa misma fecha en la que no se aprecian hallazgos de significado patológico, no identificándose imágenes compatibles con condensación neumónica (folios 485 y 486, asimismo informe del Coordinador del Servicio de Urgencias).

Permaneció ingresado durante el tiempo necesario para realizar las pruebas que se consideraron pertinentes y permitieron un diagnóstico así como la indicación del necesario tratamiento. Tras el período de observación se le dio de alta con el tratamiento antibiótico oral adecuado según las guías clínicas de urgencias y antimicrobianas. Según los protocolos y guías de urgencias no había criterios de ingreso hospitalario (folios 217 y 218).

Por todo ello queda acreditado que el alta no fue en modo alguno precipitada ni indebida».

A ello ha de añadirse lo informado por el Jefe de la Sección de Reumatología del HUGCDN el 20 de junio de 2014, donde se aclara:

«El paciente había sido tratado, antes de la hospitalización en nuestro servicio, por una celulitis en rodilla, con evolución no favorable, motivo por el que somos consultados por el Servicio de Urgencias de nuestro centro, objetivándose una bursitis subyacente, motivo por el que se decidió el ingreso para completar estudio y tratamiento. Es oportuno aclarar que esta patología, la bursitis séptica, se asocia con frecuencia a celulitis y que puede ser manejada ambulatoriamente en la mayoría de los casos. En este caso, se decidió ingreso hospitalario por la evolución no favorable, con persistencia de la fiebre».

Y añade que, tras la detección de la neumonía, «se descartó ostiomielitis, se comprobó una buena evolución de la infección local a nivel de rodilla, la cual fue monitorizada posteriormente en consulta externa de reumatología, donde se constató la curación de la misma sin secuela alguna aparente».

Asimismo, se constata en el informe de alta de 24 de septiembre de 2009, del Servicio de Reumatología:

«Buena evolución clínica, al alta afebril BEG».

B. Por otro lado, también ha quedado acreditado que la bursitis de rodilla, amén de haber sido adecuadamente tratada, no guarda relación con la neumonía sufrida posteriormente. Así, si bien se constata que el reclamante padeció una bursitis y una neumonía (folio 122), tales diagnósticos finales no guardan relación entre sí.

Tras ser dado de alta de la bursitis, a los 12 días el paciente acude nuevamente al Hospital.

Según informe del Servicio de Reumatología del HUGCDN, nos hallamos ante:

«Varón 33 años que acudió al Servicio de Urgencias 3 semanas antes, del ingreso por cuadro de odinofagia (tratada con penicilina im), vómitos, fiebre y dolor de rodilla izquierda de características mecánicas con signos flogóticos. Con el diagnóstico de celulitis inició tratamiento con *Cloxacilina* con evolución inicial tórpida pero favorable.

Acudió nuevamente al Servicio de Urgencias el 7/10/2009 tras 14 días de tratamiento antibiótico por fiebre vespertina (hasta 39° C), tos ocasional con expectoración purulenta y persistencia del dolor en cara interna de la rodilla izquierda, de características mecánicas con aumento de la temperatura local. Se consultó ese día por primera vez a Reumatología y se decidió ingresar al paciente para descartar osteomielitis. Los estudios realizados durante la estancia en Reumatología entre, el 8 y el 13/10/2009 que incluyeron evaluación clínica, radiografía de tórax, resonancia magnética de rodilla y gammagrafía ósea descartaron la presencia de artritis séptica u osteomielitis y confirmaron la presencia de un proceso inflamatorio en el aspecto medial en rodilla izquierda con pequeña colección en partes blandas compatible con bursitis. Se procedió a tratamiento antibiótico intravenoso. La Rx de tórax del día 9/10/2009 mostró una condensación redondeada en lóbulo inferior derecho. El paciente presentó un episodio de hemoptisis el día 13/10/2009 que motivó el traslado del mismo al Servicio de Neumología para completar el estudio y tratamiento de la neumonía.

Tras su alta en Neumología, el paciente fue seguido en consultas externas a partir del 11/11/2009, procediéndose el 7/1/2010 a su alta en Reumatología dada la buena evolución y normalidad de los parámetros analíticos (VSG: PCR: 0,07 mg/dL, ausencia de leucocitosis). Por petición del paciente de nueva revisión debido a persistencia del dolor, fue atendido el 17/6/2010 sin observarse en la exploración practicada signos de artritis ni de tumefacción o aumento de temperatura local, recomendándose antiinflamatorios y ejercicio físico».

Tales pruebas, si bien permitieron diagnosticar la neumonía concomitante, no conllevan que se trate de procesos relacionados. Por ello, tras determinarse la existencia de neumonía, el paciente fue trasladado al Servicio de Neumología, cuyo informe señala:

«El paciente (...) estuvo ingresado a cargo del Servicio de Neumología, bajo responsabilidad de lo Dra. (...), en octubre de 2009. El motivo de su ingreso fue una neumonía del lóbulo inferior derecho que se trató de forma correcta hasta su curación. Posteriormente a su alta se controló su evolución en consultas externas hasta su completa recuperación. En su última consulta, el día 4/03/2010 según consta en los registros de este hospital, se le dio el alta definitiva por curación completa sin secuelas ya que tenía una espirometría normal que garantiza una función respiratoria completa y una radiografía de

tórax normal (según informe del Servicio de Radiodiagnóstico) que descarta cualquier secuela pulmonar».

Aunque ha de decirse que el informe de Neumología de 19 de junio de 2016 apunta que «aunque no hay una demostración absoluta, resulta razonable pensar que la neumonía fuera secundaria a un proceso séptico (demostrado por hemocultivo positivo) con fuente originaria en la infección padecida en aquellas fechas en la rodilla izquierda», lo cierto es que tal duda razonable ha sido descartada por los informes relativos a los microorganismos existentes en una y otra infección, que despejan dicha duda descartando relación entre un proceso infeccioso y otro.

En este sentido, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 16 de noviembre de 2015 despeja aquella duda al señalar:

«En el caso que nos trae cuenta, la bursitis y la neumonía no guardan relación microbiológica alguna. Los microorganismos hallados en la bursitis fueron *Streptococcus pyogenes* y los cultivos microbiológicos para gérmenes de la Neumonía fueron negativos y tampoco hubo positividad para *Streptococcus pyogenes* por el análisis de esputo, en la baciloscopia y prueba de *Mantoux*».

Asimismo, el Servicio de Inspección y Prestaciones, cuyas conclusiones recoge la Propuesta de Resolución, afirma posteriormente:

«(...) que no hubo error en el de diagnóstico, que no hay datos que permitan afirmar una relación entre la infección iniciada el 2009 con la neumonía padecida (ver informe del Servicio de Neumología del Hospital Dr. Negrín) y que de la clínica presentada con fechas 19/09/09 (informe del Servicio de Urgencias del CAE Alcaravanas) 20/09/09 (informe del Servicio de Urgencias de Centro de Salud de Guanarteme), 22 a 24/09/09 (Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín y 2/10/09, no existe sintomatología que haga sospechar o sea capaz de sugerir patología concomitante como la observada en la asistencia de 7 de octubre y por supuesto no estaba indicado en las mismas (en aquellas fechas) el permanecer ingresado en centro hospitalario.

Los informes recabados con posterioridad abundan en lo que acabamos de exponer, incorporamos el emitido por el Jefe de Sección de Reumatología con fecha 26 de junio de 2014 (folio 476) que señala, (como se dijo en el punto 1 del presente dictamen):

“El paciente había sido tratado antes de la hospitalización en nuestro Servicio por una celulitis en rodilla, con evolución no favorable, motivo por que somos consultados en el Servicio de Urgencias de nuestro centro, objetivándose una bursitis subyacente motivo por el que se decidió ingreso para completar estudio y tratamiento. Es oportuno aclarar que esta patología, la bursitis séptica, se asocia con frecuencia a la celulitis y que puede ser manejada

ambulatoriamente en la mayoría de los casos. En este caso se decidió ingreso hospitalario por la evolución no favorable, con persistencia de la fiebre.

Dada la presencia de sintomatología respiratoria concomitante, el día 8 de octubre se practicó una radiografía de tórax, donde se apreció de acuerdo con el informe del servicio de radiología, una condensación neumónica no presente en estudio previo de septiembre 2009 (por error se consigna en el informe 2010) recibiendo el tratamiento adecuado para las patologías detectadas, siendo finalmente trasladado a neumología ante la aparición de hemoptisis, Se descartó osteomielitis se comprobó una buena evolución de la infección local a nivel de rodilla, la cual fue monitorizada posteriormente en consulta externa de reumatología, donde se constató la curación de la misma sin secuela alguna aparente”.

Por consiguiente nos reiteramos en que no guarda relación la bursitis de la rodilla con la neumonía».

Además, el informe emitido el 29 de abril de 2016 por el Servicio de Inspección y Prestaciones, como consecuencia del escrito remitido por este Consejo, abunda en tales conclusiones, pues, tras constatar que no existen datos acerca de la atención prestada al paciente el 7 de septiembre de 2009, en todo caso añade:

«Sea como fuere, por el punto anterior se constataría que, incluso antes del 22 de septiembre de 2009, fecha en la que el Servicio de Urgencias del HUNSC detectó la bursitis en la rodilla del paciente, ya existía patología en esa rodilla y, por ello, la distancia temporal entre aquella y la neumonía detectada el 7 de octubre de 2009, sería aun mayor, no guardando, por tanto, relación alguna entre ellas (patología de rodilla/bursitis y neumonía).

De modo que, resulta evidente que la bursitis derivada de la patología de rodilla del paciente se produjo antes de la neumonía y por los muchos días que mediaron entre una y otra no compartían vínculos, ni microbiológicos ni de otra índole».

Y también agrega:

«En teoría fisiopatológica no se podría argumentar un “salto” de la infección de la rodilla a los pulmones para lograr una neumonía, máxime cuando en la práctica no se ha podido comprobar la relación entre la patología de la rodilla y la neumonía. La lógica fisiopatológica indicaría que la progresión de la infección local de la rodilla se realizaría de forma escalonada, en primer lugar hacia las inmediaciones de la rodilla y posteriormente se propagaría distalmente, entonces sí, a determinado órgano/sistema o difundiéndose de manera generalizada».

Finalmente, resulta muy conveniente añadir a toda esta argumentación, en contra de la relación entre la patología de la rodilla y la neumonía sufrida por el reclamante, como hace el referido informe, la relación que sí guarda la neumonía con que el interesado sea fumador activo desde hace más de 20 años (notas clínicas

de 13 de octubre de 2009, folio 253), y que sea trabajador de empresa de fumigación (aunque se aclara que no trabaja de forma directa).

C. En relación con eventuales secuelas y sin perjuicio de que se ha demostrado su desconexión, en todo caso, con un anormal funcionamiento del servicio público sanitario, las mismas no existen.

Por un lado, según el informe de Reumatología señalado con anterioridad, la secuela que dice padecer, «lesión en la rodilla. Bursitis séptica izquierda, osteomielitis subyacente», en lo que se refiere a la osteomielitis no se ajusta a la verdad ya que, como se señaló en el informe de citado, se descartó con las pruebas practicadas.

Por otro lado, en relación con la neumonía, según el también citado informe de Neumología, el 04/03/2010, según consta en los registros del HUGCDN, se le dio el alta definitiva por curación completa sin secuelas ya que tenía una espirometría normal que garantiza una función respiratoria completa y una radiografía de tórax normal (según informe del Servicio de Radiodiagnóstico) que descarta cualquier secuela pulmonar.

3. Por todo lo expuesto, hemos de decir que en todo momento los diagnósticos fueron acordes con la sintomatología presentada por el paciente, y, en todo caso, se pautó el tratamiento adecuado para cada una de las patologías diagnosticadas, sin que haya relación entre ellas, y menos aún con el inadecuado tratamiento de la primera.

Por tanto, y como se viene señalando por la jurisprudencia y se recoge por este Consejo reiteradamente, siendo la asistencia sanitaria una actividad de medios y no de resultados, la medida de la corrección de la actividad de la Administración sanitaria es la adecuación a la *lex artis ad hoc* en el sentido de la puesta a disposición del paciente de todos los medios diagnósticos y terapéuticos encaminados a la recuperación de la salud, pero no al logro de tal fin.

Por ello, la conexión entre el perjuicio sufrido y la actuación médica no genera *per se* responsabilidad de la Administración más que cuando ha habido *mala praxis*, lo que no ha ocurrido en el presente caso en el que en todo momento se han puesto a disposición del paciente los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados a la sintomatología que presentada, logrando, además, su curación.

Y es que, como se ha dicho, en el caso de la sanidad, especialmente en el ámbito de la medicina curativa, como actividad de medios que en muchos casos no se logra el resultado buscado o se logra con consecuencias no queridas pero necesarias, pues hoy por hoy no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas para intentarlo (SSTS de 24 de septiembre de 2004, 23 de septiembre de 2009, 29 de junio de 2011 y 11 de abril de 2014, entre otras muchas).

Así pues, no basta con que el funcionamiento de dicho servicio no haya obtenido unos resultados satisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido de que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlos, lo que no concurre en el presente caso, como se ha justificado, por lo que el daño por el que se reclama no le es imputable a la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, pues, no concurriendo los elementos necesarios para la imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria en cuanto a los daños por los que se reclama, procede desestimar la reclamación del interesado.