



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 409/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 14 de noviembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 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. 375/2019 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. La solicitud de dictamen, de 9 de octubre de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 10 de octubre de 2019.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (por ser superior a 6.000 €), de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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

* Ponente: Sra. de León Marrero.

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 Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona.

5. 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.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP.

7. En el análisis a efectuar de la propuesta de resolución remitida, resultan de aplicación, además de la mencionada 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, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

II

1. El reclamante insta 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 (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación:

Con fecha 28 de agosto de 2017, fue trasladado en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) tras haber sido atropellado por un vehículo. En el HUC le realizaron radiografías y demás pruebas por el

accidente sufrido, recibiendo el alta con el diagnóstico de contusiones, sin tener fractura de ningún hueso.

Transcurridos 41 días desde el accidente, estando en su domicilio con muy mal estado físico, acude de nuevo al Servicio de Urgencias, valoran la primera radiografía que se le practicó el día del accidente al paciente y se observa fractura de Peroné-Tibia de la pierna izquierda, por lo que se le colocó una escayola. Asimismo, se descubre aplastamiento de la vértebra D-12.

Como consecuencia de las lesiones padecidas tuvo que esperar hasta diciembre de 2017 para ser intervenido quirúrgicamente de la rodilla izquierda, y durante este tiempo estuvo encamado. Durante la intervención se vio afectado un nervio, motivo por el que sufrió parálisis de tobillo, dedos y movimiento del pie.

Debido al tiempo en que la pierna estuvo inmovilizada por la escayola, se le deformó la planta del pie debiendo utilizar hasta la actualidad una bota equina.

Con ocasión de una neumonía que sufrió, tuvo que usar pañales y al no serle cambiados con frecuencia por el personal sanitario adquirió hongos en testículos, piernas y nalgas. Fue dado de alta de forma precoz, sin poder cuidar de sí mismo y con fuertes dolores en la espalda.

Por los hechos expuestos, el interesado cuantifica la indemnización reclamada en 600.000 euros.

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

- Por Resolución de 4 de abril de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado. También se solicitan los informes médicos oportunos.

- El 10 de julio de 2019, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), emite el informe preceptivo, tras haber recabado la documentación médica oportuna, entre otras, el informe del Coordinador de Urgencias del HUC.

- El 18 de septiembre de 2019 se notifica acuerdo sobre la apertura del periodo probatorio y el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente.

- El 3 de octubre de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado.

3. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

4. Por lo demás, se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado éste, 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 desestima la reclamación efectuada al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. En concreto, al no quedar demostrada la deficiente asistencia sanitaria alegada por el reclamante.

2. Concretamente, el interesado reclama porque la asistencia médica prestada fue incorrecta, existiendo error en el diagnóstico recibido por no detectar en el momento preciso -día del accidente- la fractura de meseta tibial y fractura de D12, lo que determinó una demora en ser intervenido de la mencionada fractura y una recuperación tardía de la lesión del nervio ciático poplíteo externo. Resultando también, como consecuencia, en pie equino por llevar férula de yeso demasiado tiempo. Además, reclama por la aparición de hongos en ingles y nalgas por portar pañales sin recibir los cuidados necesarios durante la neumonía intrahospitalaria que padeció.

3. Los antecedentes de hecho expuestos por el SIP en su informe son los siguientes:

«(...) El paciente de 57 años, cuenta con antecedentes en su historia clínica de dislipemia mixta, hiperuricemia, dolores articulares de años de evolución, hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo II en tratamiento, etilismo crónico y síndrome ansioso depresivo en tratamiento con psicofármacos; Inflamación hepática secundaria al consumo de alcohol.

2.- En fecha 28/08/17, el paciente fue trasladado en ambulancia de soporte vital Básico al Servicio de Urgencias del CHUC, a donde llegó a las 19:53h. Atendido en Triage y por el Médico de Urgencias, refiere que ha sufrido un atropello (accidente de tráfico a baja velocidad), no ha perdido la consciencia, no náuseas y presenta dolor lumbar y en ambos codos y rodillas.

3.- Al examen físico se describe la presencia de aliento etílico, está consciente y orientado, con Glasgow 15/15 (nivel de consciencia normal), los signos vitales son normales: Tensión arterial (TA)141/85, Frecuencia cardíaca (FC) 95 lpm. Glucemia sin ayunas (...).

Tórax: Auscultación cardiopulmonar normal, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes. No puntos dolorosos en tórax ni en abdomen. Presenta erosión nasal. No dolor cervical, no parestesias (alteraciones de la sensibilidad), no signos de focalidad neurológica. Exploración de miembros superiores es normal. Presenta dolor a la movilidad lumbar y de rodillas.

4.- La analítica realizada muestra transaminasas y etanol en sangre 138,57 (elevados), lo que indica intoxicación etílica y consumo alcohólico habitual. Según los datos de historia clínica, Informe del Coordinador de Urgencias y de Radiodiagnóstico, y el propio reclamante en las imágenes radiográficas realizadas (tórax, pelvis, columna cervical-dorsal-lumbar y de ambas rodillas), no se describen por no ser evidentes la presencia de lesiones óseas traumáticas agudas, es decir, no se visualizan fracturas.

5.- Es tratado con analgesia, y estando estable, consciente y orientado, se le da el alta con el diagnóstico de policontusiones y la recomendación de reposo.

6.- Más de un mes después del accidente, en fecha 02/10/17, consulta a su Médico de Familia por dolor e inflamación en rodilla izquierda, desde atropello ocurrido en agosto (según refiere). A la exploración de dicha rodilla, se describe la presencia de inflamación y deformidad en la misma, con limitación al caminar, no viendo signos de fractura en Radiografía de rodillas y caderas (las realizadas en el Servicio de Urgencias Hospitalario). Se le pauta analgesia y se solicita interconsulta a Traumatología para su valoración. En hoja de interconsulta realizada a Traumatología se describe Gonartrosis*, no lesión ósea traumática; diagnóstico que es corroborado por el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico, que tampoco objetiva fractura.

7.- *La Gonartrosis define las alteraciones degenerativas referidas a la rodilla. Dicha gonartrosis puede ocasionar deformidad e inflamación articular.

8.- Un mes y 12 días después de su primera consulta a Urgencias Hospitalarias, en fecha 10/10/17, consulta al Servicio de Urgencias del HUC refiriendo persistencia de dolor en espalda y rodilla izquierda, que relaciona con accidente de tráfico por atropello ocurrido en agosto/17 (28/08/17). Tal como se le recomendó en su primera visita a Urgencias, refiere haber intentado contactar en múltiples ocasiones con su Mutua de Accidentes (Aseguradora), sin éxito.

9.- A la exploración física realizada en Urgencias presenta aceptable estado general, molestias a la palpación de musculatura paravertebral dorsolumbar, con marcada cifosis (marcada curvatura de la columna dorsal). Dolor a la palpación de rodilla izquierda, con signos artrósicos.

10.- En el nuevo control radiográfico realizado en rodilla izquierda se observa fractura de meseta tibial izquierda, no presente en radiografía previa de agosto, según informe del Servicio de Urgencias, de ese día.

11.- A la exploración realizada por COT, presenta deformidad en varo de rodilla izquierda, con flexoextensión limitada por dolor. La movilidad y sensibilidad de miembros inferiores (MMII) está conservada, no presenta alteraciones en los hábitos deposicionales ni miccionales desde el accidente.

12.- Según la historia clínica e informe del Coordinador de Urgencias la radiografía de columna dorsolumbar realizada ese día muestra fractura de vértebra D12, fractura que no estaba presente en radiografía previa. Datos que también corrobora el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico. Durante su evolución posterior la lesión consolida sin complicaciones, con tratamiento conservador.

13.- Al paciente se le coloca inmovilización del miembro inferior izquierdo con férula de yeso, y queda en observación.

14.- Tras sesión clínica realizada en fecha 11/10/17 se decide su ingreso en el Servicio de COT para completar estudios y decidir tratamiento a seguir.

15.- En fecha 12/10/17 inicia cuadro febril y desorientación, con hemocultivos, urocultivos, coprocultivos negativos, y resto de estudios negativos, sospechando posible origen del foco infeccioso en la boca, por su mal estado, específicamente en quiste mandibular. Durante el proceso febril se inicia antibioterapia empírica y se administra Tiamina, suplemento recomendado en situaciones de consumo excesivo de alcohol.

16.- En fecha 25/10/17 se describe que el paciente presenta infiltrado pulmonar derecho (neumonía) en Tac realizado, y eritema en región inter-periglútea y labio inferior (edema y zonas deslustradas) en relación con intertrigo candidiásico*, motivo por el cual inicia tratamiento con antifúngicos prescritos por Dermatología en fecha 26/10/17, con buena evolución, según evolutivo de enfermería de fecha 28/10/17. También se modifica pauta antibiótica.

17.- *El intertrigo candidiásico se presenta en comorbilidad asociada en el contexto de proceso infeccioso, tratamiento antibiótico, inmovilización, sobre todo en zonas de pliegues debido a la fricción en las zonas de mayor humedad.

18.- En fecha 17/11/17 en evolutivo de Medicina Interna se describe que el paciente que ha presentado Síndrome febril agudo con cuadro poliarticular simétrico de aparente origen reactivo, neumonía y colitis, presenta mucho mejor estado clínico, con resolución de la fiebre y rigidez de extremidades, no presentando dificultad respiratoria ni dolor abdominal ni alteraciones urinarias, estando más centrado y colaborador. Se suspenden antibióticos y antiinflamatorios.

19.- Dado que el paciente presenta anemia con Hemoglobina de 8.9 g/dl (30/10/17) y no consiente recibir transfusiones sanguíneas es preciso la optimización de la hemoglobina antes de la cirugía de la fractura de meseta tibial izquierda, por lo que se ha iniciado tratamiento con suplementos de hierro y vitaminas. También está alterada la coagulación (tiempo de protrombina bajo), debido a que es un paciente bebedor crónico, por lo que la cirugía también dependerá de que la coagulación esté lo más corregida posible.

20.- Previo a la cirugía, el paciente es informado y firma consentimiento informado para ser intervenido de fractura de meseta tibial izquierda.

21.- En dicho consentimiento se describe que el propósito principal de la intervención es restablecer la función de la articulación en la medida de lo posible y disminuir los riesgos de rigidez articular, dolor y pérdida funcional consecutivas a este tipo de fracturas.

22.- La intervención consiste en la restauración en la medida de lo posible de la normal anatomía de la articulación, en la fijación de la fractura mediante placas, tornillos y elementos metálicos y en ocasiones la sustitución de la articulación. Queda descrito que se le han explicado los detalles de la operación, así como otras opciones de tratamiento con las ventajas y desventajas de cada una. También consta que se le ha avisado que aunque se espera obtener un buen resultado, este no puede garantizarse, ya que la aparición de complicaciones no puede preverse, debido a que toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital del paciente [diabetes, hipertensión, anemia (...)] lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamiento complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo de mortalidad.

23.- También queda informado que entre las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir están, entre otras allí descritas: la infección de la herida operatoria, hemorragia masiva por afectación de un vaso, lesión o afectación de un tronco nervioso (nervio), que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores (movimiento/fuerza), rotura o estallido de huesos manipulados en la intervención, flebitis o tromboflebitis, rigidez articular, calcificaciones en los tejidos que rodean la articulación, con limitación de la movilidad.

24.- Recuperado el paciente del Síndrome febril presentado, optimizada la hemoglobina, corregida la coagulación y, firmado el consentimiento informado, en fecha 23/11/2017, es intervenido de fractura de meseta tibial izquierda, mediante anestesia general, estando en decúbito supino y practicándose control escópico (mediante imágenes). Se realiza abordaje a meseta tibial interna, osteotomía valguizante y relleno de defecto óseo con aporte de hueso autólogo tricortical de cresta iliaca derecha, esponjosa de cresta y aporte cortical + esponjosa de banco de hueso. Se realiza osteosíntesis con placa Polyax y tornillos. El control escópico es satisfactorio, por lo que se cierra por planos, usando grapas para piel. Durante la intervención no se describen incidencias.

25.- Al cuarto día, tras la cirugía, presenta buen estado general, afebril, dolor parcialmente controlado. Buen relleno capilar distal en extremidad intervenida con pulsos presentes y sensibilidad distal conservada. La movilidad de tobillo y dedos está limitada. Se indica comenzar rehabilitación, que es iniciada en fecha 29/11/17, con ejercicios de flexo-extensión de rodilla en descarga, que se explica al paciente.

26.- En fecha 30/11/17 se describe en evolutivo que presenta posición en equino de miembro inferior izquierdo (MII), con dificultad para la flexión dorsal y extensión de dedos. Presenta gran debilidad en musculatura de ambos MMII. Se le insiste en movilización, indicando ejercicios de flexo-extensión de rodilla, tobillo y dedos, activa y pasiva, con ayuda de familiares. Curas realizadas con buen aspecto de herida quirúrgica.

27.- Tras presentar debilidad para la flexión dorsal del pie izquierdo, pese a la rehabilitación, en paciente que es diabético, le es realizado en fecha 07/12/17 estudio de Electromiografía, con resultado de Neuropatía del peroneo izquierdo a nivel de la cabeza del peroné, de carácter axonal e intensidad severa con signos de actividad denervativa aguda en el momento de la exploración.

28.- En fecha 09/12/17 se describe en evolutivo que la electromiografía realizada confirma afectación del nervio ciático poplíteo externo, es decir neuropatía del peroneal izquierdo a nivel de la cabeza del peroné, en probable relación con férula de yeso prolongada y compresión a la altura de la cabeza del peroné. Se indica continuar con rehabilitación y alta próxima para continuar con rehabilitación en domicilio.

29.- En fecha 13/12/17 el Servicio de Trabajo Social inicia trámites con la familia y está pendiente de datos para poder contactar con la Mutua de Accidentes (Seguro). Tramitado el caso por la trabajadora social se informa en fecha 05/01/18 a Medicina Familiar y Comunitaria, que la Aseguradora (...) está asumiendo los gastos generados del ingreso y será la encargada de coordinar los cuidados al alta, puesto que es la Entidad responsable de la Asistencia Sanitaria derivada del accidente de Tráfico (atropello) ocurrido el 28/08/17, por lo que no es subsidiario de coordinación asistencial con Atención Primaria.

30.- El paciente continúa realizando rehabilitación, en fecha 03/01/18 presenta flexo-extensión completa de la rodilla e imposibilidad para la dorsiflexión del tobillo. Ni paciente ni familiar aportan información acerca del estado de la tramitación del proceso con la Mutua de Accidentes (Aseguradora), por lo que se da el alta administrativa.

31.- Tramitado el caso por la trabajadora social, se informa en fecha 05/01/18 a Medicina Familiar y Comunitaria que, la Aseguradora Alianz está asumiendo los gastos generados del ingreso y será la encargada de coordinar los cuidados al alta, por lo que no es subsidiario de coordinación asistencial con Atención Primaria.

32.- En fecha 16/01/18 el paciente ya carga la articulación, sin dolor, lo cual ha hecho aún sin estar recomendado por Traumatología. Se realiza control radiográfico de la rodilla,

con buena evolución, por lo que ya puede irse de alta, lo cual ocurre en fecha 17/01/18. Persiste paresia (debilidad) del ciático popliteo externo por lo que continúa con férula antiequino, debiendo continuar rehabilitación con su Aseguradora responsable en Centro determinado por dicha Aseguradora, según se describe en evolutivo de Rehabilitación. Al alta, se le dan las recomendaciones sobre el tratamiento y se le programa cita de seguimiento en Consulta Externa de Traumatología.

33.- En fecha 27/02/18, el paciente es valorado en Consultas Externas de Rehabilitación del Hospital CHUC, refiriendo que su Aseguradora se ha negado a darle rehabilitación. En la anamnesis se describe: actualmente camina con una muleta, hace ejercicio en su domicilio. Tiene ortesis antiequino pautada, que usa en su domicilio.

34.- A la exploración se describe que, acude en silla de ruedas. Rodilla izquierda: balance articular 30° de extensión, flexión 90°, atrofia cuádriceps. Balance muscular de cuádriceps 4/5. Exploración distal de miembro inferior izquierdo: no actividad en dorsiflexión del tobillo, inicia dorsiflexión de dedos. Consigue bipedestación con autosujeción. Marcha con una muleta con aumento de base de sustentación por miedo. Zona dorsal baja con molestias. Reflejos (ROT) normales. Plan: iniciar tratamiento fisioterápico, recomendando ejercicios para realizar en su domicilio.

35.- Continúa sus controles evolutivos en Consultas Externas de Traumatología del CHUC. A destacar en fecha 07/03/18, aproximadamente 3,5 meses tras la cirugía en la que se describe: presenta buena evolución de balance articular y recuperación de la afectación (neuroapraxia) del nervio ciático popliteo externo (CPE), deambula algo más que antes.

36.- En fecha 18/04/18 en Consulta de Traumatología presenta Rx de control correcta, con cierta artrosis medial (ya presentaba cambios artrósicos previos a la fractura según la historia clínica e informes). Deambula con dos muletas. A la exploración presenta déficit a la extensión completa de la rodilla izquierda. Afectación de nervio CPE (peroneo común) en recuperación progresiva. Se indica continuar con ejercicios de rodilla y tobillo.

37.- En fecha 07/11/18 en Consultas de Traumatología, según informe de ese Servicio, tras casi un año tras la cirugía se describe: deambula con dos muletas o una, por dolor referido a ambas piernas y lumbar. El balance articular y estabilidad de la rodilla intervenida son correctas. La radiografía muestra cambios artrósicos (ya presentes con anterioridad), la osteosíntesis y alineación son correctas. Refiere dolor similar en ambas rodillas (en sus antecedentes se describen dolores articulares de años de evolución). La neuroapraxia del nervio peroneo común está recuperada tanto en su aspecto motor como sensitivo, aunque refiere dolor en hallux izquierdo.

38.- En fecha 06/03/19 visita a su Médico de Familia para solicitar informe médico para tramitar discapacidad. En dicha visita se describe que el paciente acude a consulta en estado ebrio (...)».

4. En lo que se refiere a las pruebas practicadas en el día del accidente ha quedado constatado que el facultativo que le asistió en el día del atropello indicó adecuadamente la práctica de las radiografías, siendo valoradas adecuadamente con la clínica, sin mostrar deformidad ni crepitación, no apreciándose la presencia de fracturas. Sin embargo, más de un mes después del accidente, sin haber vuelto a requerir asistencia médica, acude a su Médico de Familia, refiriendo dolor - inflamación- deformidad en la rodilla izquierda, con limitación al caminar. Tampoco, en este caso, el médico visualizó en la Radiografía antes realizada, fractura evidente, así como tampoco la vio el Traumatólogo al que se le solicitó una interconsulta, suscribiendo en la hoja de interconsulta, la presencia de Gonartrosis; no lesión ósea tampoco objetiva fracturas, lo que fue corroborado por el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico.

Es en fecha 10 de octubre de 2017, cuando presenta nueva clínica por deformidad realizándose nueva radiografía en la que se visualiza fractura de meseta tibial izquierda y fractura dorsal, no observada anteriormente.

Asimismo, el Coordinador de Urgencias en su informe nos explica que la radiografía de rodilla inicial es muy diferente a la radiografía anterior, por lo que no es descartable que el paciente sufriese un segundo accidente o traumatismo entre las dos asistencias en Urgencias. En el mismo sentido se pronuncia en relación con la radiografía de columna lumbar.

5. En cuanto a la asistencia médica recibida, ha quedado constatado que le practicaron las pruebas precisas a su diagnóstico, y, principalmente, en lo que se refiere a las radiografías debemos comprender que es el primer método indicado para evaluar estructuras óseas, dado que sus densidades difieren de la de los tejidos adyacentes, aun así las radiografías óseas tienen limitaciones, lo que se traduce en dificultad para visualizar fracturas sutiles, ocultas, o microfracturas óseas. Debido a ello, una parte sustancial para la sospecha de una fractura ósea se sustenta en la exploración física, siendo una deformidad en la zona lesionada y/o la crepitación a la palpación signos que sugieren su presencia. En el presente caso, tanto las exploraciones físicas practicadas al paciente como el resultado determinado en las radiografías demuestran que recibió la atención médica adecuada conforme a la *lex artis*.

En cuanto a las restantes dolencias del enfermo, la documental médica acredita que el proceso infeccioso soportado fue tratado con múltiples antibióticos, mostrando una rápida mejoría con el tratamiento pautado, lo cual no hubiera

ocurrido, sin los cuidados apropiados. Por lo que se refiere a la parálisis del nervio peroneal izquierdo, está en relación con el uso de inmovilización prolongada de la extremidad inferior izquierda, pero ésta fue necesaria en el contexto de fractura de meseta tibial, en paciente que no podía ser operado hasta estar en condiciones óptimas. Por lo demás consta en el expediente la firma del consentimiento informado.

6. Por tanto, consideramos que la asistencia médica recibida por el afectado fue correcta, sin que éste haya probado lo contrario, pues de la documentación médica obrante en el expediente se desprende que el paciente fue asistido en función de la sintomatología que refería en cada momento, siendo ajustada dicha asistencia a la clínica que presentaba.

Por tanto, ha resultado acreditado que el SCS actuó en todo momento, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir de aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

7. Además, durante el periodo probatorio el interesado no aportó al expediente ni propuso la práctica de prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado. Tampoco presentó escrito de alegaciones en contra de los documentos médicos recabados por la instrucción del procedimiento, tras haber sido notificado el preceptivo trámite de audiencia.

En relación con la carga probatoria cabría traer a colación la Sentencia núm. 84/2000 de 9 febrero. AC 2000\1373, de la Audiencia Provincial de Granada (Sección 4ª), que entre otras indica:

«(...) En la actuación del personal sanitario no se produce la denominada responsabilidad por riesgo cuya consecuencia más inmediata es la inversión de la carga de la prueba, y ello porque no concurren en estos casos el fundamento de aquélla, cual es la responsabilidad cuasi objetiva como contrapartida del beneficio que se obtiene de la actividad desplegada. Así, la STS de 8 de octubre de 1992 (RJ 1992, 7540), señala que es imprescindible demostrar como hecho probado la imputabilidad de una acción positiva u omisiva con perfiles culpabilísticos. En la conducta de los profesionales sanitarios queda descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, debiendo el paciente acreditar el nexo causal y la culpa (doctrina ya consolidada en Sentencias de 7 de junio de 1988 [RJ 1988, 4825] , 7 [RJ 1990, 668] y 12 de febrero de 1990 [RJ 1990, 677]). En parecido sentido la STS de 13 de octubre de 1992 (RJ 1992, 7547) que establece que el personal sanitario tiene como obligación no la de obtener, en todo caso, la

recuperación del enfermo, o lo que es igual, no es una obligación de resultado, sino una obligación de medios, es decir, está obligado no a curar al enfermo, sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia [STS 2 de febrero de 1993 (RJ 1993, 793)]. (...)».

8. 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 Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta