



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 6 7 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de diciembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 452/2019 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario 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 25 de noviembre de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 26 de noviembre de 2019.

2. Aunque no se ha cuantificado la reclamación, dada la naturaleza de los daños por los que se reclama, y que el Servicio Canario de la Salud ha solicitado el dictamen, se presume que la cuantía excede de 6.000 €, lo que determina 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, el primer precepto, con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Todo ello aunque en ningún momento, ni por la reclamante, ni por la Administración, ha sido cuantificada la reclamación, si bien por la Consejería de Sanidad se ha solicitado la emisión del presente Dictamen.

* Ponente: Sra. de León Marrero.

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.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con 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 de la interesada, pues los daños presuntamente sufridos por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona (art. 4.1 LPACAP).

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 la interesada 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 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 así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

1. La 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:

«Primero. El 28 de mayo de 2010, la paciente (...), de 69 años de edad en ese momento, sufrió una caída accidental en el pozo-piscina que estaba vacío de su domicilio.

Por tal motivo, acudió al Centro de Salud "Las Remudas" donde desde el primer momento la paciente manifestó además de su Traumatismo Craneoencefálico (TCE) su dolor en el pie izquierdo con imposibilidad de mantenerse parada.

En este centro médico a la paciente se le recomienda un TC de Columna Cervical y un TC de cerebro sin contraste.

No se recomienda inmovilizar la pierna izquierda en ningún momento.

Segundo. A medida que pasaban los días y ya que los dolores en el pie izquierdo de la paciente no cesaban, el 30 de agosto de 2011 el equipo médico decide realizarle una Resonancia Magnética (RM).

En el informe, emitido por el Dr. (...) se puede ver el siguiente resultado:

"Se Observa líquido en la vaina del tendón del tibial posterior que interpretamos en relación con tenosinovitis que se acompaña de edema en los tejidos de partes blandas adyacentes. Zona focal de lesión osteocondral en la superficie articular del astrágalo en la articulación subastragalina posterior. Atrofia de músculo flexor corto de los dedos".

Tercero. Siendo que la paciente continuaba con dolor intenso en el pie izquierdo y habiendo transcurrido más de un año desde el accidente, el 27 de septiembre del 2011 acude nuevamente a su médico de cabecera Dr. (...) quien entiende que con el resultado de la RM hay que valorar la posibilidad de intervención quirúrgica.

Cuarto: A pesar de ello, durante los dos años siguientes y hasta Octubre del 2013, la paciente ha acudido a numerosas revisiones médicas para tratar esta dolencia como se puede observar en el DOCUMENTO N°5 que adjuntamos.

"Paciente vista por los mismos motivos en agosto de 2011, se mandó a RHB sin alivio de los síntomas".

"Ha visitado a varios COT que cada uno le da una opción y que el Dr. (...) le propuso intervención quirúrgica".

"Presenta dolor en pie izquierdo desde el momento de la caída en maléolo peroneo. Se deamiza de manera global".

Quinto: Las dolencias de la enferma no cesaban y en septiembre de 2014 (cuatro años después de la caída) se remite a la paciente nuevamente a otro especialista en traumatología, quién encargó para poder diagnosticar correctamente a la misma la realización de pruebas complementarias (RX de la planta del pie izquierdo).

Tras la realización de la misma se le diagnostica de triple artrodesis de pie izquierdo (...).

Sexto: Había transcurrido más de un año desde la realización de la RX de la planta del pie izquierdo y la paciente todavía continuaba sin intervención quirúrgica de sus dolencias, por tal motivo, la paciente decide interponer una reclamación en fecha 7 de Octubre de 2015 ante la Consejería de Sanidad de Canarias.

En noviembre de 2015 recibe la contestación del coordinador del área de gestión de la calidad y atención al usuario del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno infantil y asimismo, en el mismo mes una carta del Jefe del Servicio de Traumatología del CHUMI donde ambas misivas establecen lo siguiente:

“Actualmente continúa en lista de espera debido a la gran demanda asistencial y en consecuencia, se está citando a los pacientes que aportando datos clínicos similares a los suyos, se encuentran incluidos con anterioridad en la lista de espera. Lamentamos el retraso en realizarse la intervención que precisa”.

Séptimo: La paciente permanece durante años con la misma o igual patología sin atención médica. Es atendida por distintos médicos quienes a pesar de haberles manifestado que los dolores en su pie izquierdo no han cesado ni un instante y que los mismos le están ocasionando falta de movilidad, inestabilidad y falta de equilibrio en la marcha, los doctores le continúan diagnosticando de “Artrosis de Tobillo”.

Años después, cuando es diagnosticada correctamente de su patología, colocan a la paciente en una lista de espera y no es hasta el 21 de noviembre del 2016 cuando la intervienen quirúrgicamente de sus dolencias.

Octavo: A La paciente se la remite a rehabilitación para la consolidación clínica por retardo radiológico que no mejora.

En fecha 21 de junio de 2017 el Dr. (...) emite un informe donde establece “No consolidación astrágalo-escafoidea y dudas en calcáneo cuboidea”.

Noveno: En fecha 20 de septiembre 2017 y mediante la realización de un TC de control se comprueba la falta de consolidación en las interlíneas del pie izquierdo y por lo tanto se recomienda cirugía de revisión de la artrodesis con autoinjerto óseo de cresta.

Décimo: En la actualidad las secuelas que padece la paciente tras someterse a rehabilitación no pueden considerarse estabilizadas.

Asimismo y considerando que los daños siguen pendientes de evolución y que no pueden definirse con exactitud, son imposible de valoración por el momento.

La paciente está pendiente de la declaración de minusvalía (...).

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

- Por Resolución de 6 de julio de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada.

- El 9 de julio de 2019 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que se emite el 18 de febrero de 2019, tras haber recabado la documentación médica oportuna, entre ésta, el informe del Servicio de Traumatología y Ortopedia del CHUIMI y la copia íntegra de la historia clínica de la paciente.

Asimismo, consta en el expediente informe del Jefe de Servicio de Admisión y Documentación clínica del CHUIMI, de 27 de marzo de 2019 y el informe complementario del Servicio de Normativa y Estudios de 3 de abril de 2019. Ambos informes sobre la alegación referida a la demora en la intervención quirúrgica.

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, se confiere a la interesada plazo para aportación de las pruebas que estime oportunas, que se notifica el 26 de abril de 2019.

- El 17 de julio de 2019 se notifica a la interesada el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, en cuya virtud presenta escrito de alegaciones solicitando nueva documentación. Remitida la información solicitada, se le concede nuevo periodo de alegaciones presentando el oportuno escrito el 9 de septiembre de 2019.

- El 19 de noviembre de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, constando en igual sentido borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud que fue informado favorablemente por el Servicio jurídico el 15 de noviembre de 2019.

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 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 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 la reclamante.

2. Entre los antecedentes de hecho expuestos por el SIP en su informe cabrían destacar los siguientes:

«(...)», con AP de EPOC, Tromboembolismo pulmonar. Ex fumadora. Obesidad. HTA. Insuficiencia cardíaca. SDr. Metabólico. SDr. de apnea del sueño. Fibrilación auricular con anticoagulante oral.

Con fecha 6 de noviembre del año 2009, la paciente acude a enfermera y médico de Atención Primaria a causa de dolor en pie izquierdo sin referir traumatismo previo, se coloca Tensoplast en tobillo y pie izquierdo.

El 12 de noviembre de 2009 acude de nuevo a su médico de atención primaria por lo mismo, refiriendo que el Tensoplast le ha “hecho daño”, y que ahora quiere una férula, aunque no ha recibido traumatismo ni tiene ninguna fractura, el médico realiza interconsulta urgente a Traumatología del CAE, y le refiere que presenta dolor en pie izquierdo desde hace 4 meses que ha ido empeorando, con dificultad para el apoyo.

El 11 de diciembre del año 2009 el médico le receta antiinflamatorios y analgésicos para el dolor del pie. Ya no hay más referencias posteriores al respecto.

2.- El día 28 de mayo de 2010, se cae a la piscina vacía de su casa, al parecer tras tropezar.

La reclamación presente sitúa el inicio de los hechos reclamados el día 28 de mayo de 2010 a la edad de 69 años, fecha en que la paciente refiere sufrir caída casual, y que tras tropezar cae en el fondo de piscina vacía, salvando una altura de 1 metro y medio, golpeándose la cabeza; se produjo abundante sangrado.

No hay dato alguno en la historia clínica que refleje que el día 28 de mayo de 2010 acuda al médico de cabecera o a su Centro de Salud.

3.- Sí hay datos de que en dicha fecha la paciente llega en ambulancia sanitizada al Servicio de Urgencias del Hospital Insular a las 18:34 horas del día 28 de mayo de 2010, con TCE y abundante sangrado. No mareos ni náuseas ni vómitos, no desorientación, consciente y orientada. AP: EPOC, HTA, ICC, obesidad mórbida, diabetes, Sdr Apnea del sueño grave (paciente con somnolencia diurna y fatigabilidad), en 2016 diagnosticada de nefropatía crónica estadio III moderada.

Se realiza TAC craneal y cervical solicitado tras su llegada al Servicio de Urgencias hospitalario. Tras su realización no se observan fracturas ni hemorragias agudas, se diagnostica hematoma de partes blandas lado izquierdo craneal. Es avisada Cirugía Plástica.

Diagnóstico de TCE con scalp fronto-témporo-parietal (Herida de trayecto tangencial que levanta un colgajo cutáneo de patrón vascular variable). Acude cirujano plástico a las 20:50 horas. Se solicita por Cirujano el preoperatorio.

Ingresa en planta de cirugía a las 21:13 horas y durante la noche, en la madrugada del día 29 de mayo de 2010, a las 01:32 horas el Servicio de Cirugía Plástica escribe el procedimiento quirúrgico seguido: "limpieza y sutura. Posteriormente tratamiento médico y curas".

El Cirujano anota hemorragia intracerebral fronto-temporal izquierda con disección de colgajo hasta zona auricular y borde superior de la órbita. Músculo frontal izquierdo, zona temporal superior y nervios supraorbitarios y frontal afectados, importante hematoma. Drenan hematoma y limpian, reconstrucción parcial de músculos y galea, hemostasis y cierre.

Evolución satisfactoria durante el ingreso, herida con buena evolución, alta el 30 de mayo de 2010.

Sigue con curas en Consultas Externas del Servicio de Cirugía Plástica y el 11 de junio de 2010, tras buena evolución se retiran todas la grapas y puntos sueltos, revisión en 6 meses.

En estas fechas tampoco hay referencias a dolor en EEII.

4.-Con fecha 9 de agosto de 2010, acude al médico de cabecera con dolor lumbar, no se habla de dolor en pies, y se escribe movilidad de EEII normal. Otras visitas sucesivas a su médico sin comentarios sobre dolor o quejas del pie. La paciente acude en variadas ocasiones al médico de cabecera y no comenta problemas en el pie.

Así el 6 de septiembre de 2010 acude a su médico y pide informe clínico para viaje, no consta se queje de las extremidades inferiores.

El 25 de febrero de 2011 el médico de cabecera emite pase para Traumatología dado quiste en muñeca izquierda, ganglión con la clínica acompañante.

A partir de aquí el primer comentario sobre patología en pie izquierdo es el 15 de julio de 2011, en el que la enfermera anota: pongo medio yeso en tobillo izquierdo. El 24 de agosto de 2011 es valorada por Traumatólogo en el Servicio de Traumatología con diagnóstico de fractura de tobillo cerrada, que aconseja rehabilitación, y el médico de cabecera lo remite a dicho servicio, en esta ocasión el médico anota en la petición: "paciente de 71 años con dolor y limitación funcional importante como consecuencia de una fractura de tobillo y de brazo izquierdo por caída casual", valorada por Traumatólogo en Hospital Insular aconsejan rehabilitación temprana y solicita RMN del tobillo y pie izquierdo. Pero, se necesita una prueba diagnóstica.

5.- El Servicio de Traumatología solicita la RMN y esta se realiza en Hospital San Roque, en agosto de 2011, se solicita por antecedente de traumatismo, dolor e impotencia funcional del tobillo izquierdo.

El resultado de la RMN es de: "tenosinovitis de la vaina del tendón del tibial posterior, que se acompaña de edema, zona focal de lesión osteocondral en la superficie articular del astrágalo en la articulación subastragalina posterior". Atrofia del músculo flexor corto de los dedos.

El 19 de septiembre de 2011, el médico de cabecera anota: "tobillo: tenosinovitis tibial posterior, atrofia flexor corto de los dedos".

El 11 de noviembre de 2011 se realiza alta en Rehabilitación que comenzó el 27 de septiembre de 2011. Tras la misma el médico rehabilitador anota que no hay respuesta al tratamiento con persistencia de dolor intenso en tobillo izquierdo y valorar solución quirúrgica. Posteriormente problemas de cervicoartrosis, el rehabilitador remite al COT.

A su vez más problemas de salud en este tiempo, debidamente atendidos según historial clínico, dolor torácico, EPOC, ingreso hospitalario por sobreinfección respiratoria, crisis hipertensiva etc. por lo tanto hubo que cuidar y tratar estas alteraciones importantes en su salud.

6.- No existe manifestación alguna ni queja a su médico, referida al pie izquierdo hasta el 4 de julio de 2012 a razón de dolor de espalda y del pie izquierdo.

El médico de cabecera remite a Traumatólogo porque el paciente acude refiriendo dolor limitante en tobillo-pie izquierdo, se ayuda con muletas, exploración indolora, pero al apoyar cojea por dolor, a su vez como también se queja de dolores de espalda solicita radiografías de columna lumbar y se remite por esta razón igualmente. Radiografía lumbar demuestra artrosis importante.

El 27 de julio vuelve a remitir a Traumatólogo por dolor en calcáneo izquierdo. "dolor intenso a punta de dedo en calcáneo pie derecho, con limitación a la marcha y cojera" el médico de cabecera anota que pone férula en MII, el mismo día 27.

La paciente presenta pólipo colon cancerígeno, carcinoma in situ, la paciente le lleva informe de la biopsia al médico de cabecera el 10 de mayo de 2013 y este remite al digestivo preferentemente.

Como se observa, la paciente sigue acudiendo por variadas incidencias como la existencia de un mioma y pólipo endometrial, mareos, control neurólogo, pólipos en colon, cataratas etc. a control por el médico de cabecera.

Hasta que el 25 de julio de 2013, en esta fecha el médico remite a la paciente al Traumatólogo anotando: "paciente de 72 años con dolor intenso en articulación del tobillo, que arrastra después de traumatismo por caída hace 3 años, ha tenido férulas de yeso en

cuatro ocasiones y varias infiltraciones, hay momentos de crisis en los que tiene que usar muletas por el dolor y la impotencia funcional". El COT le recomienda Rehabilitación.

7.- Se pauta de nuevo rehabilitación en octubre de 2013, el juicio diagnóstico es de secuelas de fractura de tobillo izquierdo. Rx con signos artrósicos.

En septiembre de 2014 el Traumatólogo del CAE de Telde remite al Traumatólogo Consultas Externas Hospitalarias; el diagnóstico provisional es de "pie plano del adulto flexible, izquierdo, presenta artrosis de tobillo, pido Rx pies en carga, remito al Hospital Insular".

El 24 de septiembre de 2014, en Hospital Insular el Traumatólogo anota "dolor en cara anterior de tobillo izquierdo de ritmo mecánico con tendencia a entorsis de repetición en eversión. Niega dolor previo en cara interna del pie y señala sobre todo cara externa y anterior. Porta plantilla con soporte de arco interno y leve cuña subcuboidea".

A la exploración destaca: obesidad notable, hiperlaxitud generalizada, dolor en interlinea anterior del tobillo derecho pero es más en trayectos tendinosos que en la propia interlinea articular, que no parece dolorosa, no dolor en LPAA (ligamento peroneo-astragalino anterior) ni seno del tarso ni peroneos, laxitud con cajón anterior, no dolor en test de impingement. dolor en palpación de tibial posterior con incapacidad para ditigrado monopodal, no dolor en subastragalina.

La Radiografía presenta: Rx de descarga de tobillo izquierdo con artropatía difusa de tobillo sin otras alteraciones significativas. Rx de pies en carga con pies planos valgo tipo 2a en derecho y 2b en izquierdo en la AP, pero parece tener pinzamiento de subastragalina en izquierdo en la cara lateral sin desaxación de tobillo, aumento de partes blandas en cara anterior de tobillo.

Aporta Ecografía privada que señala con tenosinovitis de tibiales anteriores y de extensor del primer dedo y común de los dedos pero centra el estudio en exploración vascular, juicio diagnóstico: insuficiencia tibial posterior grado 2-b derecha.

Se explica posibilidad terapéutica con cirugía con osteotomía varizante de calcáneo más retensado de tibial posterior.

Se explica que con esas medidas mejoraría el dolor de la cara interna del pie, pero no el de la cara anterior del tobillo debido a tenosinovitis residual tras fractura de tobillo que refieren que pasó desapercibida.

Se decide cirugía y se advierte necesidad ulterior de uso de plantillas, se explica posibilidad de manejo de órtesis (son elementos que se insertan en los zapatos para corregir formas de caminar anormales o irregulares)

El 4 de marzo de 2015 el médico de cabecera remite al médico rehabilitador y anota: "paciente de 74 años con pie plano adquirido, con dolor intenso en calcáneo que ha mejorado con rehabilitación en agosto de 2014, presenta nueva reactivación con limitación funcional grave por dolor que le impide realizar actividades propias de la vida diaria"

En abril de 2015 está en rehabilitación, pendiente de valorar por COT.

8.- El 29 de mayo de 2015 el médico de cabecera anota: "pendiente de intervenir". El Traumatólogo del hospital la observa el 3 de junio de 2015, en dicha visita expone dicho Traumatólogo: franco dolor en palpación en columna externa tanto en dorso como en planta. En palpación: franco dolor en interlinea de Linsfranc externa con tenosinovitis de extensores asociada pero con clínica dolorosa menor.

Refiere mejoría de pocas horas con infiltraciones, dolor limitante que impide la marcha y la tiene en silla de ruedas. Radiológicamente no hallazgos significativos salvo el aplanamiento del pie. No clínica en seno del tarso ni en peroneos ni en vertiente central ni media de Linsfranc. Dada la clínica, la varización del calcáneo daría más dolor en la columna externa y la insuficiencia del tibial posterior parece secundaria a posición antiálgica por la columna externa.

Ante el fracaso de medidas conservadoras (infiltraciones, rehabilitación) y no mejorar con plantilla adecuada (con la que se encuentra mejor pero aún dolor limitante) refiere episodios limitantes y de tumefacción en dorso de medio pie compatible con la artropatía del medio pie. Cito con las Radiografías últimas que no ha traído para revisión de la indicación quirúrgica.

El 17 de junio de 2015, en consulta de Traumatología hospitalaria anotan: mantiene limitante de vertiente externa de interlinea de Linsfranc y calcáneo cuboideo.

Se decide infiltración anestésica para valoración de rentabilidad de artrodesis lateral con alargamiento de columna externa, y desaparece el dolor.

Se decide tratamiento quirúrgico de acuerdo con la paciente, artrodesis subastragalina modelante con efecto de alargamiento, de columna externa y posiblemente calcaneo-cuboidea. No dolor en vertiente interna.

El 17 de agosto, historia clínica hospitalaria de Traumatología refiere: "se mantiene clínica, se ofrece nueva infiltración que rechaza. Se mantiene indicación quirúrgica, se confirma que se mantiene en lista de espera.

En octubre de 2015 anquilosis de mano, matutina y solicitan Rx, presenta artrosis en las mismas.

En noviembre de 2015, el CHUIMI contesta a reclamación presentada por la paciente y reclamante, refiriéndole que está en lista de espera quirúrgica, desde septiembre de 2014.

En 2016 es derivada a rehabilitación por su médica por patología cervical, dolor en dedos, signos artrósicos y degenerativos a la Rx, en octubre de 2016, gonalgia e infiltración rodilla.

9.-Ingresa en el CHUIMI el 20 de noviembre de 2016: profilaxis antibiótica y control radiográfico. Se interviene el día 21 de noviembre de 2016 con realización de triple artrodesis de retropié izquierdo, colocación de tornillos en los huesos astrágalo-calcanea-escafoides. Diagnostico principal, artrosis de tobillo, los hallazgos intraoperatorios son: pie plano inestable con notable artropatia subastragalina y astrágalo-escafoidea, con subluxación de calcáneo-cuboidea.

Tras cirugía se comprueba adecuada posición de artrodesis, adecuada estabilidad y captación articular. Evolución favorable, Rx postoperatoria.

Alta hospitalaria el 23 de noviembre de 2016 y control Consultas Externas de Traumatología.

El 7 de diciembre de 2016 en Consultas de Traumatología: "no presenta dolor, discreta edematización, heridas con excelente buen aspecto, solicitada Rx". refiere que se le retiró la férula a los 4 días de la cirugía por mal olor.

El 28 de diciembre de 2016, en consulta de Traumatología refiere molestias, adecuada cicatrización, tumefacción, la Rx presenta que mantiene posición sin consolidación aparente, en 1 mes cita con Rx.

El 1 de febrero de 2017 en Consulta de Traumatología se anota: consolidación clínica pero no radiológica, no dolor en palpación en articulaciones, se autoriza carga parcial y rehabilitación.

En abril de 2017 en el Servicio de Rehabilitación, Consultas Externas, se anota "consolidación clínica pero retardo consolidación radiológica, dolor en zona intervenida, se pauta plantilla".

El 19 de abril en consulta de nuevo Traumatólogo Hospital, consolidación clínica pero retardo radiológico, finalizando rehabilitación dolor en zona intervenida si sobrecarga en cola de m5, pauto plantilla con descarga de la misma. Cito para control con radiografía en 2 meses. El 21 de junio de 2017 dolor en cola de metatarso quinto y en articulación astrágalo-escafoidea, no en el resto zona del pie. No mejoría con rehabilitación, no ha podido progresar en la carga en zona interna, a la carga el dolor es en cola de M5.

La Rx impresiona de consolidación de subastragalina posterior, no consolidación astrágalo-escafoidea y dudas en calcáneo cuboidea. se recomienda descarga de cola M5 en plantilla. Se solicita TAC de control.

El 14 de agosto de 2017 el médico de cabecera apunta en historial del paciente: "el 13 de agosto fractura de cabeza de húmero izquierda tras caída accidental, al salir del baño".

El 23 de agosto de 2017, consulta de Traumatología Hospital, diagnosticada de fractura de cuello de humero no desplazada: "se comprueba la fractura, mantenemos cabestrillo".

En CCEE de Traumatología el 20 de septiembre de 2017, se anota que el TAC del pie izquierdo realizado refleja ausencia de consolidación en las interlineas, se "recomienda cirugía de revisión con autoinjerto en la zona, la paciente comprende los riesgos de la intervención y no desea someterse a más intervenciones. Se explican riesgos y necesidad de seguimiento a medio plazo de la evolución del material de síntesis del hueso. Cita para control con Rx en 6 meses. Actualmente la fractura de humero no desplazada, progresión de la consolidación de la misma". La paciente no desea someterse a más intervenciones en el pie.

El 29 de septiembre de 2017 en historia clínica de atención primaria consta que la paciente sufre dolor en pie izquierdo, tras un mal movimiento comienza con dolor, refiere chasquido, a la exploración edema no hematoma. Se solicita Rx del pie izquierdo de urgencias.

El 21 de marzo de 2018 el Jefe del Servicio de Traumatología del CHUIMI (...) informa que es valorada por última vez por dicho servicio y se comenta la situación con la paciente, ésta no desea reintervenirse (...).

3. A la vista de los documentos probatorios aportados por el SCS, consideramos que la asistencia médica recibida por la afectada fue correcta, sin que esta haya probado lo contrario, pues de la documentación médica obrante en el expediente se desprende que la paciente fue asistida en función de la sintomatología que refería en cada momento, siendo ajustada a la clínica que presentaba sin olvidar que desde el año 2009, la paciente acude a enfermera y médico de Atención Primaria a causa de dolor en pie izquierdo sin referir traumatismo previo, y no es hasta el año 2011 cuando se hace comentario médico sobre la patología alegada. Ello supone que no existe dato clínico alguno, como se ha podido comprobar, que refleje que el día 28 de mayo de 2010 tras el accidente sufrido la paciente tuviera afectación en el pie izquierdo. Por tanto, desde que la enferma presenta síntomas de su lesión y los refiere al médico esta es tratada oportunamente (folios números 217, 255, 277, 351, 379, 402-420, entre otros).

4. Los informes médicos preceptivos obrantes en el expediente coinciden con lo señalado por el SIP en su informe, al indicar particularmente el Jefe de Servicio de traumatología del CHUIMI que, de acuerdo con la patología de la paciente, la articulación subastragalina del pie se localiza por debajo del tobillo, entre los huesos

astrágalo y calcáneo, produce una artrosis y que se presenta como causa de pie plano valgo con insuficiencia del tendón del tibial posterior. En esta situación clínica, el procedimiento que se indica es la triple artrodesis, procedimiento que consiste en unir partes de una estructura anatómica articular haciendo que quede inmóvil. Esta intervención quirúrgica es de prioridad programada y explicada adecuadamente al paciente, previamente, pues no siempre tiene el resultado deseado en una primera cirugía, siendo preciso, nuevas cirugías si fracasara la fusión ósea, como bien se indica en el Documento de Consentimiento Informado (folio número 73 del expediente). Así mismo, no está exenta de complicaciones que ha de conocer el enfermo, como ha de constar en el Consentimiento Informado.

5. En cuanto a la alegación sobre la demora en ser intervenida de su lesión, no ha llegado a ser acreditada, pues como fundamenta el SCS, particularmente los informes del Jefe de Servicio de Admisión y Documentación clínica del CHUIMI y del Servicio de Normativa y Estudios, en resumen, determinan que la paciente fue valorada por los especialistas en la materia el 17 de junio de 2015 fecha en la que se decide la intervención quirúrgica por no mejoría con otros tratamientos, y que fue efectivamente intervenida el 21 de noviembre de 2016. Por lo que se debe considerar que el tiempo transcurrido para una operación que carece de carácter vital, no existe urgencia, y que no causó perjuicio alguno en su salud ni en la patología del pie por el tiempo transcurrido para ser intervenida, porque estuvo siendo tratada y no empeoró de la patología. En todo caso, los problemas posteriores sufridos por la paciente tras la intervención quirúrgica son debidos a la osteoporosis y desgaste óseo, dada su edad y las patologías de la afectada.

6. Por lo demás, durante el periodo probatorio la interesada no aportó al expediente prueba alguna que demuestre el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 366/2019, de 10 de octubre), según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7

de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración únicamente recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

7. Ha resultado acreditado que el SCS actuó en todo instante, 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.

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 la interesada.

C O N C L U S I Ó N

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