



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 7 2 / 2 0 2 0

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 23 de diciembre de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 537/2020 ID)**.

F U N D A M E N T O S

I

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

2. En este asunto, se considera que, de estimarse la reclamación por los daños alegados, la cuantía debería exceder de 6.000 euros, por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

3. Así mismo, se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar del interesado, el cual reclama en su propio nombre, al haber sufrido presuntamente daños personales como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del SCS [art. 4.1.a) LPACAP].

4. 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.

* Ponente: Sra. de León Marrero.

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

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

6. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación la citada LPACAP porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

También son aplicables la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo 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).

8. Por último, se cumple también el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se presenta el día 29 de abril de 2019 respecto de un daño físico que en el momento de presentar la reclamación no se había consolidado todavía (art. 67 LPACAP).

II

1. En su escrito de reclamación el reclamante manifiesta acerca de los hechos lo siguiente:

- Que el afectado, de 46 años de edad en el momento de presentar su escrito de reclamación, es cocinero de profesión y comenzó a sufrir molestias en los talones de aquiles de ambas piernas unos tres años antes de presentar la referida reclamación, razón por la que el 1 de agosto de 2016 acudió a la consulta de traumatología del Hospital Universitario de Canarias Dr. Negrín (HUCDN) y se le diagnosticó tendinosis en ambos talones de aquiles, prescribiéndosele un tratamiento farmacológico y

rehabilitador, pero pese a ello en las consultas posteriores hizo constar que persistía el dolor referido.

- Un año después de todo ello, tras habersele realizado diversas pruebas diagnósticas, el día 17 de noviembre de 2017, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUCDN le diagnosticó rotura del tendón de aquiles izquierdo no traumática, ya en proceso de cicatrización, confirmándose el diagnóstico, tras efectuarle una resonancia magnética nuclear el día 9 de marzo de 2018.

- El día 30 de abril de 2018 es derivado al Hospital (...) para someterle a una intervención quirúrgica ambulatoria de reparación del tendón de aquiles izquierdo mediante la técnica de Christensen. Sin embargo, la evolución de su herida quirúrgica fue tórpida, pues se le infectó, presentando el día 9 de julio de 2018 deshiscencia y el día 21 de septiembre de 2018 se le diagnosticó infección profunda del talón de aquiles izquierdo.

Finalmente, para la curación de dicha infección fue necesario intervenirle quirúrgicamente de urgencias en el HUCDN, en donde se llevó a cabo un desbridamiento, limpieza quirúrgica y el cierre primario y se le dio el alta hospitalaria el día 4 de octubre de 2018, pero posteriormente fue necesario efectuarle un injerto en la zona afectada, el cual se llevó a cabo el día 30 de noviembre de 2018

- El día 5 de febrero de 2019 acudió al servicio de traumatología del HUCDN, persistiendo el dolor, para iniciar un nuevo tratamiento de rehabilitación, permaneciendo en situación de baja laboral temporal hasta, al menos, la fecha de presentación de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

2. El interesado reclama la correspondiente indemnización porque considera que en este caso ha habido una actuación médica contraria a la *lex artis*, que le ha causado un daño que no tiene la obligación de soportar, concretando dicha actuación defectuosa, por un lado, en el diagnóstico tardío que se le dio a una patología que sufrió durante años y, por otro lado, considera que la infección sufrida, que, según alega es nosocomial, se debe a que durante la cirugía en el Hospital (...) no se cumplió eficazmente con las medidas de asepsia que son exigibles a dicho tipo de actuación médica.

3. Por último, es preciso transcribir parcialmente el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS (SIP), para completar adecuadamente la exposición de los antecedentes de hecho de forma correcta, manifestándose en él lo siguiente:

«1. Se trata de un paciente varón con antecedentes personales de DLP, carcinoma testicular izquierdo intervenido (orquectomía), tabaquismo activo, SAOS, obesidad tipo I (IMC 31).

2. El 24/02/2016, con la edad de 42 años, es remitido desde Atención Primaria al Servicio de Traumatología por un cuadro de dolor en talón izquierdo de tres meses de evolución sin mejoría con tratamiento prescrito.

3. El 04/04/2016 es visto en Consultas Externas (CCEE) del Servicio de Traumatología, consta en la historia clínica dolor en talón izquierdo de un año de evolución con dolor local y movilidad mantenida a la exploración sin referencia a sintomatología en talón derecho.

Se solicita ecografía de tendón de Aquiles y se realiza interconsulta al Servicio de Rehabilitación bajo la impresión diagnóstica de tendinosis.

4. El 27/06/2016 es visto por el Servicio de Rehabilitación y se deriva a Centro Concertado para aliviar dolor y reducir edema.

5. El 01/08/2016 tras haber recibido tratamiento es alta del centro concertado y se deriva a su médico rehabilitador de referencia para valorar OCE.

6. El 07/09/2016 es visto en CCEE de traumatología. Se incluye en la historia clínica informe de ecografía realizada el 13/07/2016: “Se hace un estudio comparado entre tendones, objetivándose un tendón aquileo izquierdo de aspecto fusiforme que tiene unos 15mm de diámetro, hipoecóico, muy vascularizado, compatible con una tendinopatía global”. Se registra que “ha mejorado muchísimo” y se dan recomendaciones.

7. El 05/09/2017 se realiza interconsulta desde Atención Primaria al Servicio de Traumatología por dolor mantenido y resultado de RMN.

8. El 17/11/2017 el paciente es visto nuevamente en CCEE de traumatología. Se recoge en la historia que había mejorado muchísimo y regresa por dolor mantenido, se registra informe de RMN y ecografía: “Porta RMN abierta fechada 27/08/2017 con extensa rotura intratendinosa del aquiles con formación de colección líquida en interior de las fibras sugestiva de ganglión intratendinoso. Eco 31/10/2017 indentificándose engrosamiento fusiforme del mismo con alteración de ecoestructura en relación con hematoma por rotura parcial. Tendinosis crónica con rotura parcial asociada”. Bajo el diagnóstico de rotura del tendón de Aquiles inadvertida en proceso de cicatrización se remite a la Unidad Específica de Pie del Servicio de Traumatología.

9. El 09/03/2018 es visto por la Unidad de Pie del Servicio de Traumatología y tras comentar el caso entre los facultativos de la unidad es incluido en lista de espera quirúrgica.

10. El 30/04/2018 es intervenido en el Hospital (...) realizándose reparación tendinosa Aquiles izquierdo mediante técnica de Christiansen. Según consta en el informe operatorio y hoja de anestesia se administra profilaxis antibiótica. Así mismo se comprueba la existencia de los consentimientos informados cumplimentados y firmados, tanto del Servicio de Anestesia, como de Traumatología del Hospital Universitario de G.C. Dr. Negrín y del Hospital (...)

11. Tras la intervención el paciente es visto y valorado numerosas veces, aproximadamente tres veces en semana, tanto por personal facultativo como por enfermería, realizándose curas por una evolución fluctuante de la herida quirúrgica.

Inicialmente se recoge una buena evolución con posterior maceración y desaparición de la misma con curas. El 29/05/2018 se aprecia empeoramiento de la herida, se retira bota de yeso y se deja con uso de Walker. El 04/06/2018 y el 07/06/2018 se recoge "mejoría significativa, no maceración, parte de tendón expuesto". Continúa de esta manera con curas y con leve mejoría entre cada una de ellas. El 22/06/2018 se recoge "herida quirúrgica con buen aspecto, sin signos de infección". El 09/07/2018 ante aumento de exudado seroso que ha aumentado desde hace unos días sin colección se instaura tratamiento antibiótico. En las siguientes curas se constata infección de herida quirúrgica y se recoge el 13/07/2018 "pendiente de evolución para decidir si precisará desbridamiento quirúrgico". Continúa de esta manera con curas y evolución estancada por fluctuaciones entre mejoría y empeoramiento a pesar de las medidas adoptadas, por lo que, se consulta con el Servicio de Cirugía Plástica. El 03/08/2018 es visto e incluido en lista de espera quirúrgica por este Servicio con el planteamiento quirúrgico inicial de saneamiento y cobertura con flap. Continúa una evolución fluctuante con nota del 16/08/2018 "correcta evolución clínica" o el 29/08/2018 "apenas se observa exposición del tendón, misma cura, menos exudado, no mal olor", el 07/09/2018 "tejido limpio".

A partir del 19/09/2018 se empieza a notar un empeoramiento progresivo del estado de la herida quirúrgica, con mayor supuración y se toman muestras para estudio microbiológico el 21/09/2018, así mismo, se instruye al paciente de que en caso de empeoramiento acuda a urgencias para ser valorado (21/09/2018 fue viernes)

12. El 23/09/2018 el paciente acude al Servicio de Urgencias por empeoramiento de la herida quirúrgica y tras ser valorado por el Servicio de Traumatología se decide intervención quirúrgica, realizándose conjuntamente con el Servicio de Cirugía Plástica revisión, desbridamiento y limpieza quirúrgica con una correcta evolución postoperatoria con adecuada cicatrización de partes blandas, siendo alta el 04/10/2018. Durante este ingreso fue valorado por la Unidad de Infecciosas para ajuste de tratamiento antibiótico tras crecimiento de una *Serratia marcescens* y un SAMS en muestras de herida quirúrgica enviadas a microbiología.

13. *Tras el alta hospitalaria continua con curas ambulatorias en CCEE del Servicio de traumatología con buena evolución.*

14. *El 11/10/2018 es valorado por el Servicio de Cirugía Plástica que al haberse conseguido una "herida con tejido de granulación apto para injertar" lo incluye en lista de espera quirúrgica.*

15. *El 30/10/2018 es intervenido por el Servicio de Cirugía Plástica, realizándose ILPP Aquiles izquierdo.*

16. *Continua curas y revisiones en CCEE con buena evolución tanto del injerto como de la zona donante. Finaliza curas el 15/11/2018 con injerto prendido con buen aspecto y zona donante con buen aspecto, epitelizada.*

18. *Tras las cirugías está en seguimiento por el Servicio de Traumatología que anota en la historia clínica el 22/02/2019 dolor en talón izquierdo, con fuerza muscular conservada y algo de mejoría con tratamiento rehabilitador, se solicitó ecografía y está pendiente de ser visto de nuevo.*

19. *Además ha realizado tratamiento rehabilitador, pudiendo reincorporarse a la vida laboral desde marzo de 2019.*

20. *Realizada ecografía el 21/05/2019 es informada como: "Ecografía aquileo izquierdo: Tendón marcadamente engrosado (24x15mm en axial) y heterogéneo con lazada quirúrgica que también se hace evidente en torno a región insercional que de forma global mantiene su continuidad. Todo ello en relación con secuela de rotura y cambios reparativos postquirúrgicos. Ecografía Aquiles derecho: Discreto (8mm en AP) engrosamiento fusiforme del tendón de Aquiles con disposición no insercional por leve tendinosis aquilea no insercional. No hay signos de rotura"».*

III

Las principales actuaciones del procedimiento son las siguientes:

1. El procedimiento comenzó con la presentación en tiempo y forma de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, efectuada el día 29 de abril de 2019.

2. El día 19 de junio de 2020, se dictó la Resolución núm. 1.494/2020 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

3. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP y el informe del Servicio de COT y Traumatología del HUCDN. Además, se acordó la apertura de la fase probatoria, sin que se solicitara la práctica de prueba alguna por parte del

interesado, y se le otorgó el trámite de vista y audiencia, pero no formuló alegaciones.

Por último, el día 19 de noviembre de 2020 se dictó una primera Propuesta de Resolución, a la que se adjunta el borrador de la Resolución definitiva y el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, y el día 4 de diciembre de 2020 se dicta la Propuesta de Resolución, habiendo vencido el plazo resolutorio, lo que no obsta para resolver expresamente al existir deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los económicos que pudiera comportar (art. 21 LPACAP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, pues el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria.

En la Propuesta de Resolución se afirma que «En este caso, tal como consta en el protocolo quirúrgico, se realizó profilaxis antibiótica durante la cirugía.

Actualmente, en cirugía ortopédica los protocolos de profilaxis antibiótica marcan como pauta una dosis única previa al inicio de la intervención y repetir en caso de que la cirugía se prolongue más allá de 3-4 horas, desaconsejándose continuar con tratamiento antibiótico prolongados. Además, obran en el expediente administrativo los protocolos sobre control ambiental, higiene y procedimiento de control microbiológico ambiental y de superficies, así como los informes de los análisis realizados por la empresa (...), en el área quirúrgica con anterioridad y posteridad a la intervención quirúrgica del reclamante cuyo resultado es adecuado (Doc n.º 8.4, folios n.º 321-376 del expediente administrativo).

- En consecuencia, no se observan razones para achacar la aparición de la sobreinfección de la herida quirúrgica padecida por el reclamante ni a la actuación médica durante el perioperatorio ni a una supuesta falta de medidas preventivas por parte de la clínica- El reclamante se encuentra actualmente y desde marzo de 2019 en situación de alta laboral tras haber recibido los tratamientos descritos (...).

Finalmente, se concluye que no se aprecia mala praxis en la atención dispensada al reclamante, no se constata la realización de un diagnóstico erróneo o tardío sino que, en cada momento, se diagnosticó en base a la clínica presentada por el

reclamante un diagnóstico erróneo o tardío, sino que se realizó el diagnóstico oportuno en cada momento. No hay que olvidar que la enfermedad es un proceso dinámico y evolutivo, no un padecimiento estático e inmutable».

2. En el informe del SIP, después de exponer los hechos en la forma trascrita, se realizan una serie de precisiones acerca de la evolución de la patología del interesado, partiendo del año 2016, cuando comenzó el proceso patológico descrito con anterioridad, manifestándose lo siguiente:

«2. El caso comienza en febrero de 2016 al referir el reclamante dolor en talón izquierdo de tres meses de evolución. Al no haber mejoría con el tratamiento prescrito se consulta con el Servicio de Traumatología. Actuación del todo correcta.

3. Menos de mes y medio después es visto por el Servicio de Traumatología, cuya impresión diagnóstica clínica es de tendinosis aquilea izquierda. Se solicita ecografía para confirmar el diagnóstico clínico y se deriva al Servicio de Rehabilitación para iniciar tratamiento. No hay constancia de patología en el talón derecho.

4. Tras valorarse por el Servicio de Rehabilitación, el reclamante es derivado a Centro Concertado para tratamiento. Al finalizar este, se le remite a su rehabilitador de referencia para valorar completar tratamiento por técnica de OCE por haber alcanzado la máxima mejoría.

5. Al mismo tiempo se realiza ecografía, que es valorada por el Servicio de Traumatología, confirmando el diagnóstico clínico de tendinosis en septiembre 2016. Consta en la historia que el paciente había mejorado "muchísimo". No se aprecia rotura ligamentosa aquilea ni hay datos objetivos que la respalden, motivo por el cual, todas las actuaciones llevadas a cabo hasta el momento nos parecen correctas en consonancia con el informe emitido por el Dr. (...), Jefe de Servicio de COT y Traumatología, Hospital Universitario de G.C. Dr. Negrín.

6. No es hasta septiembre de 2017, un año después, que se solicita por parte de Atención Primaria que el paciente sea de nuevo valorado por el Servicio de Traumatología por hallazgos encontrados en RMN y ecografía.

7. En noviembre 2017 acude el reclamante a CCEE de Traumatología, aportando las mencionadas RMN y ecografía con hallazgos compatibles con rotura del tendón de Aquiles izquierdo. No es hasta este momento que el Servicio de Traumatología tiene conocimiento de este hecho. Previamente la clínica y las pruebas complementarias apoyaron el diagnóstico de tendinosis y como tal se trató, con buen resultado inicial.

La rotura del tendón de Aquiles izquierdo se produjo en algún momento, imposible de precisar con los datos contenidos en la historia, entre septiembre 2016 y agosto 2017, fechas correspondientes a la valoración clínica por el traumatólogo junto con los resultados de la

ecografía de pie con hallazgos objetivos de tendinosis (sin apreciarse datos de rotura tendinosa) y fecha de realización de la RMN en que aparece por primera vez el diagnóstico de rotura del tendón de Aquiles izquierdo».

3. En dicho informe, después de realizar las precisiones expuestas, se concluye señalando lo siguiente:

«Dado lo expuesto, y teniendo en cuenta los datos clínicos y los resultados de las pruebas complementarias en cada momento, no consideramos erróneo el diagnóstico inicial de tendinosis, ni el posterior de rotura tendinosa. El hecho de que una patología inicialmente mejore, tal como se desprende de las notas de rehabilitación y traumatología para la tendinosis, para después evolucionar y derivar en rotura no implica que el diagnóstico inicial de tendinosis sea erróneo. Simplemente en el momento de la valoración por el traumatólogo no se podía diagnosticar una rotura tendinosa dado que esta no existía. Al aparecer esta, tanto por la clínica como por los hallazgos radiológicos, se realiza el diagnóstico, se deriva al paciente a la Unidad con mayor capacidad de terapéutica disponible. Actuaciones a nuestro entender del todo correctas».

Al respecto se añade lo siguiente en el informe del Servicio (página 224 del expediente) *«Las roturas crónicas del talón de Aquiles resultan de mayor dificultad diagnóstica, dado que su fisiopatología supone roturas parciales en la estructura fibrilar del tendón que habitualmente presenta cambios degenerativos. Roturas que provocan cicatrización fibrosa del tejido con menor elasticidad pero que confiere continuidad al tendón aún con elongación y pérdida de fuerza y función. Lo anterior dificulta el diagnóstico clínico de rotura completa tendinosa con estadios lesionales que se establecen como tendinosis.*

El paciente (...) atendiendo a los datos que he revisado, presentó en inicio clínica de dolor y pérdida de función por tendinopatía en Aquiles izquierdo que se podría considerar característico de tendinosis, susceptible de tratamiento con rehabilitación, como así se indicó».

4. Todo ello permite concluir que, en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías que el interesado sufrió en su talón de aquiles, los servicios sanitarios dependientes del SCS actuaron en todo momento conforme a la *lex artis*, pues los facultativos que trataron al paciente le fueron diagnosticando conforme a los síntomas que iba presentando, haciéndolo tras emplear las pruebas diagnósticas necesarias, sin embargo, el interesado no ha presentado prueba alguna que desvirtúe o contradiga lo expuesto con toda claridad en los informes mencionados anteriormente.

5. En este sentido, este Consejo Consultivo ha manifestado al respecto de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el Dictamen 468/2020, de 12 de noviembre, que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la “prohibición de regreso” a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)», doctrina que también resulta ser plenamente aplicable a este asunto en virtud de lo manifestado anteriormente.

6. En lo que se refiere al segundo motivo en el que se basa la reclamación, el relativo a la infección de la herida quirúrgica, se afirma en el informe del SIP que:

«2. En cuanto a la existencia de una infección nosocomial esta es definida como “Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado.

Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento” (Prevención de las infecciones nosocomiales Guía práctica 2a edición Organización Mundial de la Salud). Son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Existen protocolos orientados a reducir en lo máximo posible su incidencia, sin poder erradicarlas completamente.

En este caso, tal como consta en el protocolo quirúrgico, se realizó profilaxis antibiótica durante la cirugía. Actualmente, en cirugía ortopédica los protocolos de profilaxis antibiótica marcan como pauta una dosis única previa al inicio de la intervención y repetir en caso de que la cirugía se prolongue más allá de 3-4 horas, desaconsejándose continuar con tratamiento antibiótico prolongados. Además se han requerido los protocolos sobre control ambiental, higiene y procedimientos de control microbiológico ambiental y de superficies del Hospital (...), acordes con la normativa vigente, así como, los informes de los análisis

realizados en el área quirúrgica del Hospital (...) con anterioridad y posterioridad a la intervención quirúrgica del reclamante cuyo resultado es adecuado.

Por lo tanto, no vemos razones para achacar la aparición de la sobreinfección de la herida quirúrgica padecida por el reclamante ni a la actuación médica durante el perioperatorio ni a una supuesta falta de medidas preventivas por parte de la clínica».

7. Además, en el informe del Servicio se manifiesta que *«En relación con la complicación sufrida por el paciente (...), hay que destacar que la cirugía del retropié tiene unas connotaciones especiales en cuanto a la cicatrización de la herida quirúrgica por tratarse de una región anatómica que presenta un aporte vascular muy limitado. Motivo este que en ocasiones supone sufrimiento en los bordes de la piel quirúrgica y áreas de necrosis localizada. Esto aumenta considerablemente la posibilidad de que se produzcan infecciones superficiales. El tejido tendinoso tiene en general una vascularización escasa y como se expresó anteriormente, el tendón de Aquiles tiene un área comprometida en este sentido, y por tanto, el aporte de factores reparadores tras la cirugía está dificultado. En estas condiciones la progresión de una infección superficial puede producirse aunque se adopten las mejores medidas de asepsia y el tratamiento antibiótico de profilaxis de protocolo habituales».*

Además, de todo ello en la documentación correspondiente el consentimiento informado, firmada por el interesado e incorporada al presente expediente (página 318 del expediente), consta dentro de los posibles riesgos de la cirugía del talón de aquiles practicada, tanto la necrosis de los bordes de la herida, como infección de la herida quirúrgica superficial o profunda, riesgos asumidos por el interesado, que se hicieron efectivos pese a poner los facultativos que atendieron al interesado todos los medios que tenían a su alcance.

8. Por tanto, el interesado no ha demostrado que la infección que sufrió y que fue tratada con éxito, se debiera a falta de asepsia en el quirófano del Hospital (...) o a cualquier otra actuación que hubiera vulnerado los protocolos destinados a evitar tal tipo de infección, aplicables a la cirugía efectuada, lo que implica que se produjo uno de los riesgos propios de la intervención, que constaba en el consentimiento informado, como ya se refirió, pese a que se pusieron todo los medios posibles para evitarlos y, sin olvidar, que la infección fue solventada de manera correcta y satisfactoria.

9. En relación con ello, este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente, siguiendo la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia que la regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que

puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a la «*lex artis ad hoc*», será asumida por el propio paciente (por todos, DDCC 576/2018, 49/2019 y 136/2019).

10. Finalmente, este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, DDCC 339/2020 y 468/2020), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al art. 32.1 LRJSP-, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), 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 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 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

11. Por lo tanto, teniendo en cuenta todo lo anterior, procede afirmar que el interesado no ha logrado demostrar la existencia de relación de causalidad entre el correcto funcionamiento del Servicio y los daños reclamados, acreditándose, por el contrario, por parte de la Administración sanitaria, una actuación médica ajustada en todo momento a la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, objeto de este Dictamen, que desestima la reclamación, es conforme a Derecho en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.