



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 1 de junio de 2022.

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 (...) como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 186/2022 IDS)\**.

## 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 caso, se estima que la cuantía con la que, en su caso, procedería indemnizar al interesado supera los 6.000 euros, lo que determina la preceptividad de la solicitud de dictamen, según lo dispuesto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) habiendo sido remitida por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC, 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).

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

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

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

4. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado al haber sufrido un daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Por otro lado, corresponde al SCS la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación el 20 de septiembre de 2019, por unos hechos acaecidos el día 3 de julio de 2018, ello sin olvidar que las secuelas por las que reclama quedaron determinadas en febrero de 2019.

6. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la citada LPACAP. También son aplicables la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, la citada Ley 11/1994 de 26 de julio, 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, aun 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).

## II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación presentado se manifiesta lo siguiente:

*«Primera: Que, el instante con fecha cinco de julio de dos mil dieciocho, ingresó para cirugía programada en UCSI Materno, habiéndosele diagnosticado fascitis plantar derecha refractaria. En dicha fecha fue intervenido siguiéndose el siguiente procedimiento: fasciotomía plantar, más exostectomía espolón. Se aporta como documento número UNO, copia del informe clínico de alta en servicio de traumatología. Como documento número DOS, copia de Informe médico actualizado, realizado por el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, de fecha cinco de noviembre de dos mil dieciocho, en el que se destaca, que tras la citada intervención quirúrgica y siguiendo los controles periódicos por Consultas externas, presenta evolución tórpida, persistiendo el dolor y tumefacción de la zona*

*intervenida, siendo remitido al Servicio de Rehabilitación para valoración de tratamiento, quien le ha solicitado estudio por imagen.*

*Segunda: Que, con fecha veintinueve de marzo de dos mil diecinueve, en Consultas Externas de Rehabilitación, se le informa que el mismo presenta, tras el estudio por imagen, de osteocondritis astrágalo-calcáneo; radiculopatía L5-S1 y DESGARRO PARCIAL GRADO II DEL PERONEOASTRAGALIANO POSTERIOR Y QUIZÁS DEL PERONEOCALCANEANO, debiendo continuar controles con COT.*

*Se aporta como documento número TRES, copia de Informes de Consultas Externas de Rehabilitación, en la que puede comprobarse no sólo la evolución, sino el diagnóstico final del ahora reclamante.*

*Tercera: Que, es evidente que, en el presente caso, al ahora reclamante se le intervino de una lesión inexistente (fascitis plantar), cuando el mismo lo que padecía y continúa padeciendo es de desgarro parcial grado II del peroneoastragaliano posterior y quizás del peroneocalcaneo, lo que ha conllevado no sólo su no curación, sino la imposibilidad del mismo en realizar actividad laboral alguna.*

*Cuarta: Que, por tal motivo esta parte se ve en la penosa obligación de interponer la presente queja/reclamación, dado la evidente negligencia cometida en la persona del reclamante, quien se ha visto abocado a continuar realizando pruebas hasta descubrir la patología real que le limitaba».*

2. Es preciso sin embargo completar los antecedentes de hecho en forma adecuada, así que procede dejar consignado igualmente lo que, por su parte, manifiesta el informe, de fecha 21 de diciembre de 2021, del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP):

*«1.-Entre los antecedentes: Obesidad. Ansiedad. Depresión. Condritis a nivel de arcada costal izquierda (marzo de 2014). Desde el 27 de enero de 2015 seguido en la USM: F42.0 con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas. Síndrome del túnel carpiano. Cervicalgia tras accidente de tráfico (13 de abril de 2011).*

*El 21 de mayo de 2015 acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud refiriendo que el día anterior había iniciado dolor en miembro inferior derecho, no recuerda traumatismo. Estuvo trabajando en una finca previamente con muchos hoyos. Dolor a la palpación en cabeza primer metatarsiano pie derecho.*

*Con posterioridad artropatía y discopatía degenerativa.*

*2.-El 7 de octubre de 2016 acude a su Médico de Familia con cuadro de dolor en planta del pie derecho desde hace 2 semanas.*

*A la exploración, dolor a la palpación en fascia planta pie. Fascitis plantar.*

*Inicia proceso de incapacidad temporal (IT) por fascitis plantar el 18 de noviembre de 2016.*

*3.-El 4 de enero de 2017 acude a consultas externas (CE) del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT): Tras accidente laboral el 14 de noviembre, pisó una piedra, comenzó con dolor en planta del pie.*

*En la Mutua no le reconocieron accidente laboral porque en Rx se objetivó espolón calcáneo. A la exploración pie cavo con clínica de fascitis plantar. Se remite al Servicio de Rehabilitación (RH).*

*4.-Es valorado en el Servicio de Rehabilitación el 10 de enero de 2017.*

*Remitido por talalgia derecha tras recibir golpe hace 3 meses. Se cita para OCE (ondas de choque extracorpórea). Alivio escaso.*

*El 4 de abril se remite a centro concertado para medidas analgésicas en fascia plantar y descontracturante de gemelo. Alta el 18 de mayo de 2017.*

*Es remitido nuevamente a centro concertado, el 30 de agosto de 2017, causando alta de tratamiento por máxima mejoría alcanzada con rehabilitación el 9 de octubre de 2017.*

*En revisión por el Servicio de RH el 7 de noviembre de 2017 persiste el dolor. Se realiza infiltración. Nueva infiltración los días 11 y 21 de noviembre de 2017.*

*Después de recibir fisioterapia, ondas de choque e infiltración córticoanestésica es derivado, el 26 de diciembre de 2017, al Servicio de COT para intervención quirúrgica.*

*5.-Es valorado en el Servicio de COT el 15 de febrero de 2018 por dolor en retropie en relación con fascitis plantar refractaria a tratamiento médico, fisioterapia e infiltraciones locales.*

*En la exploración cavo con antepie adductus, talo varo, hiperqueratosis difusa en antepie y quinto radio. Dolor a la presión en zona de inserción de la fascia plantar que se irradia por todo el sistema calcáneo-aquileo-plantar.*

*En Rx: Espolón calcáneo magnum.*

*Se programa para cirugía.*

*6.-Ingresó el 5 de julio de 2018 para cirugía.*

*Firmó, el 3 de julio de 2018 DCI en el que se explica que la intervención consiste en la fasciectomía (corte) del tendón de la fascia plantar en su inserción en el calcáneo y/o exéresis del espolón con técnica percutánea en este caso.*

*Contiene el Documento que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseados. Entre las complicaciones posibles se incluye reaparición de la deformidad, molestias residuales que pueden requerir tratamiento ortopédico y/o médico y en algunas ocasiones segunda intervención.*

*Se realizó fasciotomía plantar (tenotomía de la fascia plantar) y posterior exostectomía espolón (exéresis medial del espolón calcáneo)*

*Concluida la cirugía ingresó en la UCSI (unidad de cirugía sin ingreso) causando alta tras la recuperación de la anestesia y control del dolor.*

*7.-En los controles posteriores en el Servicio de COT (10 de julio y 14 de agosto de 2018) presentó evolución tórpida continuando con dolor sobre todo al apoyo.*

*Es remito al Servicio de Rehabilitación.*

*En control de fecha 11 de septiembre de 2018 refiere ligeras molestias, sigue a vuelta con la Mutua considera que la responsabilidad es de la Mutua.*

*8- En el Servicio de Rehabilitación en fecha 12 de septiembre de 2018 dolor a la palpación astrágalo-calcáneo derecho, contractura de fascia plantar, dolor en la inserción de la fascia plantar.*

*Presentan en la valoración de 30 de octubre de 2018 dolor a la palpación en la cara externa de la planta del pie. Se solicita RMN.*

*Probable osteocondritis astrágalo-calcáneo.*

*El 23 de noviembre refiere dolor lumbociático derecho. Probable radiculopatía. Asocia clínica de meralgia parestésica. Se solicita EMG*

*8.-En RMN:*

*Se observa un marcado engrosamiento de la vertiente medial de la fascia plantar, la cual alcanza un grosor de hasta 14 mm, apreciándose aumento de la intensidad de la señal en dicha localización, que aunque pudiera corresponder a cambios postquirúrgicos, sin poder descartar reactivación del proceso inflamatorio.*

*Mala definición del ligamento peroneo-astragalino posterior y quizás también el peroneo- calcáneo con líquido en el receso posterior del calcáneo y (...) relación con desgarro parcial grado II.*

*Imagen sugestiva de lesión osteocondral en grado moderado. A valorar clínicamente.*

*Cambios inflamatorios en la región calcáneo-astragalina con edema e hiposeñal de los ligamentos que interpreto en relación con síndrome del seno o canal del tarso.*

*Engrosamiento difuso con aumento de señal a nivel de la vaina del tendón flexor largo del hallux, en relación con tenosinovitis.*

*Resto de los tendones flexores y extensores de los dedos y hallux, peroneos y tibiales con grosor y señal conservada, sin evidencia de tendinosis ni ruptura.*

*Tendón de Aquiles sin alteraciones. Porción distal de tibia y peroné normales. Resto de estructuras óseas con morfología y señal conservada, sin evidencia de fracturas ni coalición del tarso.*

*9- El EMG realizado el 3 de diciembre de 2018 fue compatible con radiculopatía crónica L5-S1 bilateral grado leve-moderado no se observa actividad de denervación en ese momento.*

*No se pudo registrar nervio femorocutáneo derecho por características físicas del paciente.*

*La prueba es valorada en el Servicio de Rh el 8 de enero de 2019. Como diagnósticos: Intervenido de fascitis plantar, probable osteocondritis astrágalo-calcáneo. Radiculopatía L5-S1.*

*9.-En consulta en el Servicio de COT de fecha 15 de febrero de 2019 refiere que desde la intervención de fascitis plantar derecha presenta dolor en cara lateral del muslo derecho con adormecimiento del mismo. No refiere clínica de fascitis plantar en ese momento.*

*En la exploración adormecimiento de cara lateral de muslo derecho. Cicatriz plantar bien, no signos de distrofia, no dolor en la planta del pie.*

*Aporta EMG compatible con radiculopatía crónica L5-S1 bilateral grado ligero-moderado sin actividad de denervación en ese momento.*

*La RMN se valora el 29 de marzo de 2019 en el Servicio de RH: Intervenido de fascitis plantar. Osteocondritis astrágalo-calcáneo, radiculopatía L5-S1, desgarró parcial grado II del peroneoastragalino posterior y quizás del peroneo calcáneo.*

*Alta en CE de RH.*

*10.-El 9 de abril de 2019: en seguimiento por COT solicitó segunda opinión. Alta por RH (la operación un éxito).*

*Se solicita RM de columna lumbar, por clínica de meralgia parestésica derecha, signos de irritación ciática, que se realizó el 13 de enero de 2020: Signos de osteocondrosis intervertebral L4-L5, con cambios en la intensidad de la señal del disco intervertebral lo que traduce degeneración discal, e imagen de hernia discal con afectación del saco dural que produce estenosis del canal medular, afectando a la salida de ambas raíces con estenosis de forámenes neurales. En el resto del interespacio existe una ligera protusión discal.*

*11.-En RMN cervical solicitada por el Servicio de COT: signos de osteocondrosis intervertebral, con disminución del espacio intervertebral, cambios degenerativos discales a nivel C3-C4, C4-C5 y C5-C6, con protusión global en estos niveles que produce discreto borramiento de espacio subaracnoideo sin objetivar compromiso medular ni radicular. Agujeros foraminales permeables. Médula central de señal normal.*

*D: Síndrome de túnel carpiano mano izquierda moderado. Cervicobraquialgia izquierda. Lumbociática bilateral. Intervendio de fascias plantar en el 2018.*

*12.-En valoración por el Servicio de COT el 28 de mayo de 2020: "En la exploración física dolor lumbosacro intenso, mayor a la hiperextensión. Menor dolor en SI. Lassègue -, contractura isquiotibiales. No déficit motor de MMII. Dolor en punto de Baxter en el pie, no tanto dolor en base de talón. Dolor en punta de escafoides. Leve cavo bilateral.*

*No presenta indicación de cirugía a nivel de la columna lumbar. Además el paciente no quiere operarse. No quiere RHB lumbar.*

*Refiere "sentirse inútil de la pierna dcha, por el dolor del pie que sube hasta el muslo". Explico que el dolor y parestesias en muslo se explican más por la patología lumbar (y posible meralgia parestésica como ya le comentó el Dr (...) en 2019, que por la patología del pie. El paciente solicita ser valorado nuevamente por especialista en cirugía de pie. Hago IC HI".*

*13.-El 17 de junio de 2021 su Médico de Familia realiza interconsulta al Servicio de COT por síndrome del túnel carpiano mano izquierda y el 6 de octubre de 2021 al Servicio de neurocirugía por dolor lumbar y meralgia parestésica.*

*14.-En relación a los procesos incluidos en este expediente causó situación de IT:*

*En el periodo 18 de noviembre de 2016 a 11 de mayo de 2018 por fibromatosis fascial plantar (540 días). La intervención quirúrgica objeto de la reclamación tuvo lugar el 5 de julio de 2018.*

*En el periodo 17 de diciembre de 2018 a 10 de diciembre de 2029 (359 días) por alteración de la sensibilidad cutánea».*

### III

1. El procedimiento comenzó el día 20 de septiembre de 2019, mediante la presentación de la reclamación en el SCS por el interesado a la que ya se ha hecho referencia.

2. El día 25 de octubre de 2019, se dictó la Resolución n.º 2.469/2019 de la Secretaría General del SCS, por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por el interesado.

3. El presente procedimiento cuenta con el preceptivo informe del Jefe del Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), así como con el informe del SIP. Además, se acordó la apertura del periodo probatorio, pero no se propuso la práctica de prueba alguna.

4. Así mismo, se le otorgó el trámite de vista y audiencia al interesado, el cual presentó escrito de alegaciones.

5. Por último, el día 11 de abril de 2022, se emitió una primera Propuesta de Resolución, a la que se adjuntó un borrador de la Resolución definitiva y el informe de la Asesoría Jurídica Departamental. Por último, el día 3 de mayo de 2022, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

## IV

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

En la Propuesta de Resolución se afirma al respecto lo siguiente:

*«De la documentación obrante en el expediente, Historia Clínica del Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil (folios 52-134), e informe del Servicio de Traumatología (folios 136 a 138) así como del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (folios 40 a 51) resulta probado que el interesado sí padecía fascitis plantar, que dicha intervención fue necesaria y exitosa y que tras la realización de diversas pruebas fueron diagnosticadas otras patologías : osteocondrosis intervertebral L4-L5, degeneración discal, hernia discal (...) que causan el dolor lumbociático y en su pierna derecha.*

*(...)*

*En el presente procedimiento, por todo lo expuesto no se ha probado el nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada y el daño por el que se reclama. Todo lo contrario, se ha acreditado la ausencia de dicho nexo.*

*Al respecto la doctrina del Tribunal Supremo ha sido constante en afirmar que en materia de responsabilidad sanitaria no opera la inversión de la carga de la prueba, por lo que queda a cargo del reclamante probar la mala práctica médica y la relación de causalidad entre esta y el daño por el que se reclama, y que en ausencia de esta prueba, no procede declarar la responsabilidad patrimonial del médico ni de la organización en el seno de cuyo funcionamiento presta sus servicios (SSTS de 26 de mayo de 1986, Ar 2824; de 12 de julio de 1988, Ar.5991; de 12 de diciembre de 1988, Ar.943, 27 de noviembre de 2012).*

*Por último y respecto de las alegaciones formuladas en trámite de audiencia también se ha probado que el reclamante sí suscribió documento de consentimiento informado donde consta en qué consiste la intervención que se le iba a practicar, que la obesidad es un factor de riesgo y que el origen de sus dolencias no están en aquella intervención que resultó exitosa a pesar de su evolución tórpida inicial.*



*Por último recordamos también que es reiterada la doctrina y Jurisprudencia que viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad patrimonial de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir (por todas STS 92/2021 de 28 de enero).*

*Ante todo lo expuesto, y dado que por la reclamante no se han refutado los informes emitidos, habiéndose constatado que la actuación de los servicios sanitarios fue en todo momento ajustada a la lex artis, en virtud de las competencias que me corresponden».*

2. En el presente caso, antes de entrar en el fondo del asunto, es necesario recordar las características particulares de la responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito de la sanidad. En el reciente Dictamen 180/2022, de 5 de mayo, manifestamos:

*«Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «Lex artis ad hoc».*

*En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

*Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) «que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

*La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: «Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

*Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».*

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido, se ha decantado este Organismo. Cabe traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Consejo Consultivo de Canarias, en el que se expresa lo siguiente:

*«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.*

*En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos*

*medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se van a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.*

*Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".*

*Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo*

*del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».*

Esta doctrina resulta plenamente aplicable a este caso.

3. El interesado considera que las secuelas que actualmente padece, especialmente el dolor y adormecimiento del muslo derecho, entre otras, se debe a que la cirugía que se le practicó se hizo de forma errónea e inadecuada, siendo la misma la correspondiente a una fascitis plantar, cuando realmente lo que padecía era el desgarró parcial grado II del peroneoastragaliano posterior y quizás del peroneocalcaneo, habiendo generado esta mala praxis, en su opinión, los daños por los que se reclama.

Por tanto, a su juicio, el acto médico en el que se produjo el daño reclamado se sitúa en la cirugía que se le efectuó en su pie derecho el 3 de julio de 2018.

Sin embargo, cabe señalar a este respecto las observaciones que siguen.

4. En primer lugar, el interesado no ha presentado prueba alguna que acredite que el 3 de julio de 2018 hubo error en la cirugía que se le practicó por el SCS o que fuera inadecuada a la patología que realmente padecía, pues la misma estaba destinada a tratar una fascitis plantar en su pie derecho, que ya se manifestó desde 2016 y que había sido diagnosticada correctamente desde un primer momento, patología esta que es propia de personas con sus antecedentes médicos, pie cavo y obesidad. Todo lo cual implica que no es cierto, como él alega, que sufriera en esa fecha la patología de tobillo por el referida (desgarro parcial grado II del peroneoastragaliano posterior y quizás del peroneocalcaneo) y que se le interviniera por error de otra cosa.

En relación con la fascitis plantar informa el SIP lo siguiente: «La fascia plantar es una estructura de tejido conjuntivo (ligamento ancho y delgado) que va desde el calcáneo (tubérculo medial) hasta la parte anterior del pie y se inserta en cada una de las articulaciones metatarsofalángicas. Ayuda a transmitir las cargas del pie en el impulso de la marcha.

La inflamación de esta estructura aponeurótica se conoce como fascitis plantar. Se presenta como un proceso degenerativo derivado de la sobrecarga mecánica, bien sea por actividad física, sobrepeso o alteraciones biomecánicas de la pisada. Así son factores de riesgo entre otros la obesidad, impactos repetitivos, pies planos, pronados o cavos. Los estiramientos y desgarros de forma repetitiva inflaman la fascia. Es una causa frecuente de dolor en la planta del pie, sobre todo en la parte interna y en la base del talón».

En cambio, la patología de tobillo que afirma haber sufrido en la fecha de la referida cirugía (y que verdaderamente padeció tiempo después de la intervención quirúrgica mencionada, sin que tampoco quede demostrado que tenga su origen en la misma) se caracteriza, según señala también el SIP, de la siguiente manera:

*«La lesiones osteocondrales (osteocondritis) afectan el hueso y el cartílago de cualquier superficie articular, como es el caso del tobillo una de las articulaciones que más se afecta, y son causadas habitualmente por traumatismos o alteraciones vasculares. Altera el funcionamiento normal de las articulaciones y puede producir dolor.*

*La causa principal de las osteocondritis de tobillo son los esguinces del tobillo».*

Por tanto, estamos ante patologías diferentes que afectan a distintas partes de la pierna derecha del interesado, fácilmente distinguibles, que se produjeron en épocas distintas, y que los facultativos del SCS distinguieron correctamente, tratándolas con los medios adecuados a cada una a medida que fueron apareciendo, entre ellos el tratamiento quirúrgico mencionado.

5. En segundo lugar, acerca de la adecuación y realización correcta de la cirugía referida en el informe del SIP se afirma que *«El paciente sí presentó clínica de fascitis plantar que inició desde octubre de 2016 (dolor en la planta del pie derecho).*

*El dolor en la exploración física se describe “a la presión en zona de inserción de la fascia plantar con irradiación al sistema calcáneo-aquileo-plantar.*

*Como factores de riesgo consta obesidad, antepie adductus, talo varo.*

Con posterioridad se objetiva, además, en prueba de imagen (Rx) la presencia de espolón calcáneo (espólón magnum).

-Fue sometido a tratamiento conservador fisioterapia, ondas de choque, infiltración corticoanestésica sin mejoría por lo que se realizó intervención quirúrgica en fecha 5 de julio de 2018.

-Aunque la evolución postquirúrgica fue tórpida se describe en la fecha 15 de febrero de 2019 "No refiere clínica de fascitis plantar en ese momento", no dolor en la planta del pie."».

El interesado tampoco ha presentado medio probatorio alguno, principalmente, informe médico-pericial, que desacredite las observaciones expuestas por el SIP.

Acerca de esta cirugía se ha de tener en cuenta en lo que se refiere a su evolución tórpida, aparte de que ya en 2019 no refería volver a padecer nuevas fascitis o dolor alguno en su pie derecho, que en el consentimiento informado suscrito por el propio interesado (págs. 122-123 del expediente) constaban entre los riesgos eventuales, no solo la posibilidad de reaparición de la mencionada patología, sino incluso la aparición de molestias residuales que podía dar lugar a la necesidad de practicar una reintervención quirúrgica, lo que no llegó a ocurrir.

Este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente, en la línea de la jurisprudencia del Tribunal Supremo establecida en esta materna, 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*», se traslada al propio paciente al asumir y aceptar con su firma tales riesgos (por todos, DDCC 576/2018, 49/2019, 136/2019 y 572/2020).

6. En tercer lugar, y finalmente, en lo que se refiere al dolor y adormecimiento de su muslo derecho, el SCS ha probado suficientemente que tal patología se debe de forma exclusiva a los problemas lumbares que presenta el interesado, entre ellos, una hernia discal; y en modo alguno guarda relación, por tanto, con su patología de pie, ni con la cirugía ya referida o sus efectos.

Así, en el informe del SIP se manifiesta que «La nueva sintomatología presentada por el paciente lumbalgia y dolor con adormecimiento de la cara lateral del muslo que considera relacionada con la cirugía de fascitis plantar y espólón clacáneo no se corresponde con ésta a la vista de los estudios de imagen y de las manifestaciones clínicas.

En EMG radiculopatía crónica L5-S1 sin que dada las características del paciente pudiera ser explorado el nervio femorocutáneo pero sí presenta manifestación de meralgia parestésica. En RMN de columna lumbar signos de osteocondrosis intervertebral L4-L5 con cambios en la señal del disco intervertebral lo que implica degeneración discal, además imagen de hernia discal con afectación del saco dural que produce estenosis del canal medular lo que justifica el cuadro de lumbociática

El dolor y la parestesia en el muslo se explican por la patología lumbar y la probable meralgia parestésica.

Informa el Servicio de COT que considera que el problema actual no se corresponde con la cirugía realizada (que incluso en el momento actual está muy bien)».

7. Por virtud de cuanto antecede, procede afirmar que el interesado no ha acreditado la existencia de la requerida relación de causalidad entre el correcto funcionamiento del servicio y el daño reclamado, pues, como ya se refirió, lejos ha quedado de probar que la cirugía practicada fuera inadecuada a la patología por la que se le realizó, fascitis plantar, la única que figura constatada en la época de la cirugía que se la practicó, como tampoco ha alcanzado a acreditar que los diversos problemas médicos que ha sufrido tiempo después de su realización se deban a tal cirugía o a otra actuación médica del SCS. Por el contrario, de las actuaciones practicadas en el curso del procedimiento, lo que procede concluir es que la asistencia sanitaria que se le ha prestado se ha ajustado a la *lex artis*, y el tratamiento que se le ha dispensado por el SCS ha sido el adecuado y ha resultado acorde con la sintomatología que se iba manifestando en cada momento.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho, con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.