Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de enero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. 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. 735/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 25 de noviembre de 2024 (con registro de entrada en este Organismo el día 27 de noviembre de 2024), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de advertirse que, si bien la reclamante no cuantifica la indemnización pretendida (ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo), la Administración autonómica ha solicitado el presente dictamen, por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (*v.gr.*, Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril, 493/2021, de 14 de octubre o 223/2023, de 18 de mayo).

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Por tanto, ello determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según lo establecido en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC) y 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 (en adelante, LPACAP).

No obstante, en cuanto a la preceptividad del Dictamen y si bien no resulta de aplicación en el presente caso, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), mediante su Disposición final sexta, que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

Además, actúa debidamente representada por su hija -(...)- (art. 5 LPACAP).

4.2. 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.

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicios Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 19 de diciembre de 2023 respecto de un daño que entiende le ha sido ocasionado con fecha 19 de octubre de 2023, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. 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).

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante promueve 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, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«Soy hija de la paciente, mi madre el 19 de octubre fue metida en el quirófano a operarse del tuno (sic) carpiano y del codo, no se dieron cuenta que tenía una herida debajo del dedo, lo cual cogió una bacteria, a raíz de eso empezó con un dedo, la estaban controlando, venía a urgencias como 4 veces y nada, en varias ocasiones la mira el cirujano y la mandan a consulta, cuando la vieron en consulta, la valoraron para el cirujano vascular de Las Palmas, cual dijo que estaba muy mal y la mandan otra vez al cirujano que la estaban mandando, tubo (sic) consulta el 13 de diciembre y la ingresaron de inmediato, cuando llegó a la casa a recoger sus cosas, la llaman del hospital, Para decirle que la operaban el 21 de diciembre, mi madre contesto que hubiera salido de consulta y que la dejaban ingresada, y ellos hablaron con el cirujano, y el viernes por la tarde, la llamaron de quirófano para que firmara los papeles para operarla el 19 de diciembre, cual el lunes 18 de diciembre le dijeron que no la iban a operar, cuando es una urgencia, seguro que le quitaron el lugar de ella para Para (sic) otra persona con menos riesgo, cuando lo de mi madre es una urgencia, tenían que operarla desde que la ingresaron, empezó por un dedo y va por el segundo, están esperando a que le corten el Pie. No le mandan ni Psicólogo ni nada, no puede ni comer ni dormir, está muy mal, y a veces dice que se quiere morir, no me parece nada justo esto y que te metan en quirófano y coja una bacteria y que pierda sus dedos o el pie, por degligencia (sic) médica en un quirófano, los cirujanos se están pasando, lo tendrían que a ver (sic) hecho desde que la ingresaron. Mejor les diera vergüenza».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 12 de septiembre de 2024, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial:

«ANTECEDENTES:

1.- Se trata de una mujer de 76 años al momento de los hechos, nacida el 06/08/1947. Entre sus antecedentes médicos destacan: diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución (diagnosticada en 2007), obesidad, dislipemia e hipertensión arterial.

2.- En su historia clínica se encuentran lesiones ulcerosas de la piel localizadas en los miembros inferiores, previas a los acontecimientos. A continuación, se refleja un resumen de dichas lesiones que la paciente ha presentado a lo largo de los años hasta abril de 2023:

septiembre 2015: Úlcera vascular en la pierna izquierda, tratada con curas locales.

febrero 2018: Requirió tratamiento antibiótico y curas locales por una úlcera en el miembro inferior derecho, descrita como de "curación tórpida" (nota clínica de Atención Primaria del 13/03/2018). La úlcera constó como curada el 20/04/2018.

Octubre 2018: Dos úlceras en la cara anterior de la pierna derecha, en concomitancia con niveles elevados de glucemia.

28/06/2019: Accede al Servicio de Urgencias (SU) hospitalario por una lesión ulcerosa en el miembro inferior derecho con signos inflamatorios. Se prescribe tratamiento tópico y se trata en una ocasión con curas locales en su Centro de Salud.

Entre julio y agosto de 2020: Precisa curas locales en Atención Primaria (AP) por una úlcera en el pie derecho y la pierna derecha, hasta el 10/08/2020. Luego, no acude a las citas programadas.

mayo 2021: Se registra una nueva recidiva de úlcera en el miembro inferior derecho, con evolución favorable.

16/09/2021: Se observa que el primer dedo del pie derecho presenta sobreinfección de un corte. Se trata con antibiótico oral y curas locales (limpieza y desinfección de la herida, aplicación de Irusol [pomada con propiedades para desbridar las úlceras], y se cubre con gasa estéril).

29/10/2021: En notas de AP consta que la paciente precisa un cambio de antibiótico (amoxicilina) por persistencia de signos inflamatorios (calor, rubor) y flictenas en el primer dedo del pie derecho.

abril 2022: Sigue con curas locales de las lesiones ulcerosas por parte de enfermería, con ausencia de signos de infección en el pie derecho, mientras se registran signos de infección en los dedos de la extremidad inferior izquierda.

agosto 2022: Se registra nuevamente una herida en el primer dedo del miembro inferior derecho, refiriendo no tener "ninguna sensibilidad". No se exploran signos de infección. Precisa curas locales que la paciente continúa realizando en su domicilio.

Entre octubre 2022 y abril 2023: Precisa curas locales en AP a causa de una lesión traumática en el miembro inferior izquierdo. A finales de abril, se interrumpen las curas con enfermería por evolución favorable, manteniéndose las curas locales y la aplicación de apósitos por parte de la paciente.

3.- Respecto a su patología diabética, la paciente fue diagnosticada por primera vez con diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria en el año 2007. Se trata de una paciente con diabetes de larga evolución, que presenta complicaciones asociadas a la enfermedad y muestra un control inadecuado de la misma:

Cuando acude el 10/12/2018 al Servicio de Urgencias hospitalario por dolor crónico en ambas piernas asociado a calambres, se refleja que la sintomatología que describe la paciente parece tener un "componente mixto de polineuropatía diabética e insuficiencia venosa periférica", se inicia tratamiento flebotónico (para la insuficiencia venosa).

- En una analítica realizada en abril de 2021, la paciente muestra signos de mal control de la diabetes, con una hemoglobina glicosilada del 8,4% (valor que debería ser inferior al 7%

en pacientes diabéticos) y glicosuria (glucosa en la orina). En esa época, se ajusta el tratamiento hipoglucemiante oral.

- En una nota clínica de AP del 03/05/2022 se refleja la descompensación de su diabetes, sospechando un mal manejo por parte de la paciente, incluida la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Además, se indica que la paciente no sigue las recomendaciones dietéticas.

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- El 28/07/2023, meses antes de su intervención quirúrgica, la paciente acude a Atención Primaria por flictenas (ampollas) en el miembro inferior derecho y signos de infección en el primer dedo del pie derecho, donde presenta celulitis y pérdida de integridad cutánea, con piel rugosa y descamativa. Se pauta tratamiento antibiótico y se inician las curas locales con enfermería.

2.- El 31/07/2023 se registra una nueva herida en el "hueco interfalange 1-2 dedo pie derecho", concomitante con glucemia aleatoria elevada (210 mg/dL).

3.- El 01/08/2023 se observa una disminución del enrojecimiento peri-lesional gracias a la antibioticoterapia.

4.- El 9/08/2023 se constata una evolución favorable de las lesiones: "Está evolucionando muy bien de su pierna derecha y su pie y sus heridas ya están cerrando sin problemas".

5.- El 10/08/2023 se describe la aparición de una nueva úlcera en el pliegue interdigital.

6.- El 06/09/2023, tras no acudir a consulta durante dos semanas, se objetiva un empeoramiento de la lesión en el primer dedo del pie derecho. A la palpación, se observa "dolor, úlcera y pérdida de sensibilidad en el pie derecho". Se sospecha una úlcera de pie diabético y se deriva al Hospital General de Fuerteventura (HGF).

7.- El 06/09/2023, en el Servicio de Urgencias hospitalario, la paciente menciona que la úlcera ha estado presente "desde hace mucho tiempo". Se examina una úlcera en el pulpejo del primer dedo del pie derecho, sin signos de inflamación ni mal olor en ese momento. La analítica realizada es anodina. El diagnóstico principal es "mal perforante plantar en el primer dedo del pie derecho sin sobreinfección".

Este diagnóstico indica una lesión ulcerativa crónica, comúnmente asociada a la diabetes mellitus, que suele aparecer en la planta del pie. El mal perforante plantar es una complicación de la neuropatía diabética, que a su vez es una complicación de la diabetes, especialmente cuando esta no está bien controlada, es decir, cuando los niveles de glucosa en sangre están alterados.

8.- El día siguiente, el 07/09/2023, la paciente vuelve a acudir a Atención Primaria por la lesión en el primer dedo. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro

(amoxicilina/Clavulánico) y se realizan curas locales. En la nota clínica se menciona que: "la paciente es diabética mal controlada conocida, difícil de asesorar. Acude a la consulta cuando ya el proceso se escapa de sus manos. Se le comenta que ese dedo está peor que nunca y que si no se cuida terminará sin él."

9.- El 12/09/2023, la paciente sigue con tratamiento antibiótico y se registra estabilidad de la lesión en el pie. El mismo día se documenta una nueva herida entre el primer y segundo dedo, sin dolor referido por la paciente.

10.- El 20/09/2023, el médico de Atención Primaria describe la persistencia de una herida abierta en el primer dedo del pie derecho y realiza seguimiento para monitorizar la evolución, con posibilidad futura de remisión a cirugía.

11.- El 16/10/2023, el seguimiento y la cura de la úlcera del dedo del pie continúan. Se registra una buena evolución de las úlceras interdigitales que se han curado, aunque persiste la úlcera bajo el dedo gordo. Se mantiene el diagnóstico de sospecha: úlcera de pie diabético.

12.- El 19/10/2023, la paciente se somete a tratamiento quirúrgico por síndrome del túnel carpiano derecho, confirmado por electroneurografía y motivado por dolor en la mano derecha.

La intervención, realizada en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), es decir, sin necesidad de hospitalización, se lleva a cabo tras la administración profiláctica de antibióticos según protocolo (cefazolina).

La intervención consiste en incisiones mini en la mano y el codo para liberar los nervios mediano y cubital.

La cirugía transcurre sin incidencias y se describe como una "cirugía limpia" en la hoja quirúrgica.

13.- El 23/10/2023 en observaciones de enfermería de hospital de día quirúrgico se describe una "herida con buen aspecto y sin signos de infección".

14.- El 27/10/2023 se realiza seguimiento y curas de las heridas quirúrgicas en Atención Primaria, no consta signos de infección a nivel de la herida quirúrgica.

15.- El 02/11/2023 se retiran los puntos de la herida quirúrgica en Atención Primaria, sin novedades ni signos de infección en la herida quirúrgica. Se continúan las curas del "mal perforante plantar", se observa "celulitis de nuevo en el dedo gordo del pie derecho". Se inicia tratamiento antibiótico.

16.- El 09/11/2023, el médico de Atención Primaria solicita una interconsulta preferente a Cirugía, indicando que la paciente presenta, "desde hace 2 meses", una úlcera plantar. El juicio diagnóstico es "pie diabético". El 10/11/2023 se solicita un exudado de la herida del

pie, en el cual se observa crecimiento de bacterias, específicamente Streptococcus agalactiae y Enterococcus faecalis.

17.- El 11/11/2023, la paciente acude al Servicio de Urgencias hospitalario donde se describe "ulcera de aproximadamente 3-4 meses de evolución, que ha precisado de 2 ciclos de tratamiento antibiótico en paciente diabética. Acude por empeoramiento en los últimos 4 días de úlcera en primer dedo de pie derecho, con aumento de exudado y dolor."

Se describe que es afebril y con buen estado general.

Los resultados de la analítica realizada en el Servicio de Urgencias el 11/11/2023 muestran ausencia de parámetros analíticos indicativos de sepsis y una leve elevación de la proteína C reactiva, que es un marcador de infección e inflamación.

Durante el acceso al Servicio de Urgencias es valorada por el servicio de Cirugía General, que diagnostica "úlcera crónica de Charcot en la región plantar del primer dedo del pie derecho, con osteomielitis de la falange distal, sobreinfección y linfangitis en la pierna". Se modifica el tratamiento antibiótico (ciprofloxacino).

La úlcera crónica de Charcot es una complicación de la neuropatía diabética que lleva a la destrucción del hueso y deformidades en el pie debido a la pérdida de sensibilidad.

18.- Posteriormente al 11/11/2023, la paciente recibe curas locales del pie diabético en su Centro de Salud.

19. El 16/11/2023, su médico de Atención Primaria modifica el tratamiento antibiótico, basándose en los resultados de sensibilidad/resistencia a los antibióticos de las bacterias halladas en la herida del pie.

20.- El 20/11/2023 acude al Servicio de Urgencias hospitalario por la ulcera del pie, con diagnóstico de alta de "pie diabético sin signos de alarma en estos momentos".

21.- En la cita del 24/11/2023 con el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología se describe una evolución favorable de la intervención por síndrome del túnel carpiano. Se señala la presencia de una úlcera en el primer dedo del pie, pendiente de cita con Cirugía General.

22.- En la cita con Cirugía General el 29/11/2023, se describe mejoría con el tratamiento antibiótico, con disminución de la celulitis. Se explora pie derecho con mal perforante en el primer dedo. Se deriva al servicio de Cirugía Vascular.

23.- El 04/12/2023, es vista por el Servicio de Cirugía Vascular para descartar patología vascular asociada. Niega fiebre, empeoramiento del estado general y otra sintomatología asociada. Refiera claudicación a 100 metros, dolor en reposo, parestesias distales, con pulsos pedidos y tibiales normales en doppler y un índice tobillo-brazo (ITB) normal en ambos miembros. Se cura la herida en el primer y segundo dedo del pie derecho. Se sugiere nueva

interconsulta con Cirugía General para amputación del primer y segundo dedos del pie derecho.

24.- El 14/12/2023, es valorada por cirugía general y permanece ingresada hasta el 23/12/2023. El 21/12/2023 se realiza una amputación transmetatarsiana del primer y segundo dedo del pie derecho con evolución postoperatoria adecuada, según informe de alta. La radiografía muestra signos de osteomielitis del primer dedo.

25.- Tras el alta hospitalaria, se mantienen las curas locales en su centro de salud y el seguimiento postquirúrgico con los servicios de Cirugía General y Cirugía Vascular:

El 27/02/2024, dos meses después de la amputación, durante una cita con el servicio de Cirugía General, se observa una cicatrización lenta de la herida quirúrgica, con cierre por segunda intención.

El 21/05/2024, durante una evaluación realizada por enfermería del servicio de Cirugía Vascular, la herida quirúrgica se encuentra en "buen estado" y muestra, según el informe del cirujano vascular registrado en Atención Primaria, una "adecuada cicatrización". En el mismo informe, el cirujano vascular señala que los síntomas de la paciente están asociados con polineuropatía diabética.

El 18/06/2024, el servicio de Cirugía General describe, cinco meses después de la amputación, una "herida cicatrizada en su totalidad".

26.- En la historia clínica de AP no se menciona que la paciente haya requerido derivación a Salud Mental. Además, consta que ha rechazado la atención domiciliaria propuesta por Atención Primaria y la activación del Servicio de Apoyo al Domicilio (SAD).

CONCLUSIONES:

1. Se trata de una paciente con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II de larga evolución (diagnosticada en 2007), mal controlada y con un manejo inadecuado de la enfermedad (no sigue las recomendaciones dietéticas y hay dudas sobre el cumplimiento terapéutico).

- Un manejo inadecuado de la diabetes, con una descompensación glucémica crónica, conlleva un mayor riesgo de complicaciones a corto y largo plazo. Entre estas complicaciones se encuentran la susceptibilidad a infecciones bacterianas y micóticas debido a los efectos adversos de la hiperglucemia sobre la función de las células del sistema inmunológico, la polineuropatía y las úlceras en el pie.

- La polineuropatía se identificó por primera vez en el caso de la paciente en 2018. Esta condición condujo a la aparición de un "mal perforante del pie" (úlcera crónica en la planta del pie") diagnosticada por primera vez el 6/09/2023.

La diabetes puede dar lugar a la aparición de lesiones cutáneas y úlceras en el 25% de los pacientes. Esto se debe a que la pérdida de sensibilidad al dolor y al calor, síntomas de la polineuropatía, hace que el paciente continúe aplicando presión en áreas lesionadas sin ser consciente del daño. La zona afectada a menudo no cicatriza adecuadamente y tiende a cronificarse debido a la presión constante, la mala circulación y la neuropatía subyacente.

Cuando, además de la úlcera, hay afectación ósea y deformidades óseas, se denomina "úlcera crónica de Charcot".

Aparte de la lentitud en la curación y cicatrización de las lesiones cutáneas, los pacientes diabéticos tienen un elevado riesgo de sobreinfección debido a su patología subyacente.

Como demuestra su historia clínica, las lesiones ulcerosas en el pie derecho, específicamente en el primer dedo, eran previas a la cirugía e incluso presentaban sobreinfecciones recurrentes que requirieron varias líneas de tratamiento antibiótico, además de curas locales por parte de enfermería en el Centro de Salud.

En septiembre de 2021, se registró por primera vez una lesión en el primer dedo del pie derecho con signos infecciosos que requirió tratamiento antibiótico oral.

Meses antes de la cirugía, a partir del 28/07/2023, la paciente acudió a Atención Primaria con signos de infección en el primer dedo del pie derecho, requiriendo tratamiento antibiótico y la reactivación de curas locales. En una nota clínica de septiembre 2023, la enfermera resalta el mal control de la diabetes y la falta de adherencia a las recomendaciones y sugerencias de los profesionales, advirtiendo a la paciente sobre la posible evolución de la lesión, que podría llevar a la amputación del dedo.

Resumen: Antes de la cirugía, la paciente ya tenía úlceras en el primer dedo del pie derecho, que se estaban tratando con curas locales y antibióticos en el Centro de Salud. El éxito del tratamiento dependía de que la paciente siguiera las recomendaciones por parte de los profesionales sanitarios y controlara su diabetes. La paciente ha tenido dificultades para seguir estas recomendaciones, lo que probablemente contribuyó al empeoramiento de las úlceras. En general un buen control de la diabetes es crucial para prevenir y manejar úlceras e infecciones.

3. La intervención quirúrgica para el síndrome del túnel carpiano no guarda relación con la infección en el pie derecho. La infección en el pie ya era un problema previo y recidivante, y no muestra conexión con la cirugía de la mano y el codo, ya que la herida quirúrgica en esas áreas nunca mostró signos de infección y se localiza en un área anatómica muy distante del pie. En las visitas posteriores con diferentes profesionales, se observó la ausencia de signos de infección en el área de la herida quirúrgica.

Para que existiera una relación, la herida quirúrgica debería haber presentado signos locales de infección, lo cual no ocurrió. De haber habido una infección en el sitio quirúrgico,

ésta podría haber causado una infección secundaria en el pie por contacto o a través del torrente sanguíneo. Cuando la paciente acudió al Servicio de Urgencias el 11/11/2023, la analítica realizada no mostró signos de sepsis, es decir de diseminación de la bacteria en el torrente sanguíneo.

En cuanto a la cirugía, se tomaron todas las medidas necesarias para minimizar el riesgo de infecciones: la intervención se realizó en condiciones de asepsia ("limpia") y sin incidencias; se administró un tratamiento antibiótico profiláctico conforme al protocolo. Además, la cirugía se llevó a cabo sin necesidad de hospitalización, lo que reduce el riesgo de infecciones.

4. En casos de úlceras crónicas, como el mal perforante del pie, es habitual que el paciente sea evaluado por el Servicio de Cirugía Vascular para un enfoque multidisciplinario del pie diabético. Esta evaluación permite determinar si el mal perforante está asociado con problemas vasculares (arteriales o venosos) y si la mala cicatrización se debe a insuficiencia venosa o arterial. Si se identifican problemas en la circulación periférica, el cirujano vascular puede ofrecer tratamientos específicos para mejorar la circulación y prevenir complicaciones adicionales.

En el caso de la paciente, el cirujano vascular descartó problemas vasculares y la derivó a cirugía general para la amputación del primer y segundo dedos del pie derecho. La cirugía realizada fue exactamente la misma indicada por el cirujano vascular (amputación del primer y segundo dedos del pie derecho), sin necesidad de una mayor extensión a otros dedos o a parte del pie, y se llevó a cabo en un plazo adecuado tras la indicación (17 días).

5.- El tratamiento inicial del pie diabético incluye medidas conservadoras, como curas locales y tratamiento antibiótico sistémico (oral), junto con un seguimiento médico estrecho. Estas medidas se implementaron durante los años anteriores y hasta los eventos recientes.

A pesar de las medidas conservadoras, la paciente experimentó un empeoramiento progresivo, lo que llevó a la necesidad de una amputación. La decisión de realizar una amputación en un pie diabético se basa en criterios clínicos y en la respuesta al tratamiento conservador, realizándose cuando se considera que es la mejor opción para preservar la salud general del paciente y evitar complicaciones graves.

La paciente no presentó signos de sepsis o de alarma que requirieran tratamiento urgente (definido como tratamiento que debe aplicarse en las primeras 24 horas), y desde su ingreso hospitalario se decidió llevar a cabo la cirugía a la mayor brevedad posible.

La valoración por el cirujano vascular no causó retrasos en la intervención; siendo precisa una evaluación multidisciplinaria para obtener un diagnóstico completo y decidir la mejor opción terapéutica. La necesidad de la cirugía de amputación resultó de la evolución natural de la enfermedad diabética, a pesar de las medidas conservadoras adoptadas.

La diabetes mellitus es la principal causa de amputación no traumática en los países occidentales, y se estima que entre el 14% y el 20% de los pacientes diabéticos con úlceras en el pie terminarán requiriendo una amputación.

La amputación es considerada una medida "salvavidas" e implica secuelas físicas y psíquicas. Esto puede conllevar una fase de adaptación en la que el paciente puede experimentar rabia, no aceptación y sentimientos de inutilidad.

A pesar de la tristeza reactiva manifestada por la paciente y descrita en la reclamación, no fue necesaria una derivación a Salud Mental. Se le ofreció apoyo domiciliario, el cual ella rechazó.

Es importante destacar que esta tristeza reactiva está exclusivamente relacionada con la evolución natural de su enfermedad diabética mal controlada (neuropatía → úlceras crónicas del pie → sobreinfección→ amputación) y no con secuelas de la cirugía traumatológica.

6.- La herida quirúrgica de la amputación ha tenido una evolución satisfactoria. Cinco meses después de la cirugía, el Servicio de Cirugía General describe una "herida cicatrizada en su totalidad", no se ha requerido reintervención quirúrgica según la historia clínica.

No obstante, es importante señalar que, debido a la naturaleza crónica de la diabetes y sus complicaciones asociadas (como neuropatía y riesgo de infecciones), no se descarta la posibilidad de necesitar una extensión de la amputación en el futuro.

7.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento.

8.- Se emite informe DESFAVORABLE».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 19 de diciembre de 2023 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por D.ª (...), en nombre y representación de (...), en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

- Con fecha 12 de enero de 2024 se requiere a la reclamante para que subsane su solicitud, lo que verifica con fecha 23 de enero de 2024.

- Con fecha 2 de febrero de 2024 se dicta Resolución de la Secretaria General del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de la interesada y se acuerda la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- Con fecha 1 de marzo de 2024 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 12 de septiembre de 2024 se remite el Historial médico de la reclamante, así como el informe del SIP y los informes emitidos por los Servicios de Cirugía General y de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del Hospital General de Fuerteventura.

- Con fecha 30 de septiembre de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 30 de septiembre de 2024 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada quien no formuló alegaciones dentro del plazo conferido.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 20 de noviembre de 2024 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de*

2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. 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 señala 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, mas 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».

En idéntico sentido, 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, por tanto, 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 sólo 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 Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, 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 va 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».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en el hecho de que en la operación de síndrome del túnel carpiano que le fue practicada el día 19 de octubre de 2023 contrajo una bacteria que le causó una infección en el primer y segundo dedo del pie derecho, que conllevó que le tuvieran que amputar dichas extremidades.

No obstante, a pesar de tales manifestaciones, la reclamante no aporta material probatorio que sostenga su pretensión, más allá de su propio testimonio expresado en el escrito de responsabilidad patrimonial, el cual, por otro lado, ha quedado desvirtuado por el examen del Historial Clínico y por los informes del SIP y de los servicios intervinientes.

En relación con la carga de la prueba, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, requisito esencial 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. 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 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).

En el presente caso, tal como consta en la documental obrante en el expediente administrativo, ha quedado acreditado que las lesiones padecidas en el primer y segundo dedo del pie derecho de la reclamante no fueron causadas por una bacteria adquirida en el quirófano con motivo de la intervención quirúrgica del síndrome del túnel carpiano, sino que, por el contrario, fueron consecuencia de la diabetes mal controlada que desde hace años padece la reclamante.

Así, se constata en la historia clínica de la reclamante que las lesiones ulcerosas en el pie derecho, específicamente en el primer dedo, eran previas a la cirugía e incluso presentaban sobreinfecciones recurrentes que requirieron varias líneas de tratamiento antibiótico, además de curas locales por parte de enfermería en el Centro de Salud.

En este sentido, consta que, en el mes de septiembre de 2021, se registró por primera vez una lesión en el primer dedo del pie derecho con signos infecciosos que requirió tratamiento antibiótico oral. Posteriormente, y meses antes de la cirugía -a partir del 28 de julio de 2023-, la reclamante acudió a Atención Primaria con signos de infección en el primer dedo del pie derecho, requiriendo tratamiento antibiótico y la reactivación de curas locales. En una nota clínica de septiembre de 2023, la enfermera resalta el mal control de la diabetes y la falta de adherencia a las recomendaciones y sugerencias de los profesionales, advirtiendo a la paciente sobre la posible evolución de la lesión, que podría llevar a la amputación del dedo.

En definitiva, antes de la cirugía, la reclamante ya tenía úlceras en el primer dedo del pie derecho, que se estaban tratando con curas locales y antibióticos en el Centro de Salud.

Además, también ha quedado acreditado que la intervención quirúrgica para el síndrome del túnel carpiano no guarda relación con la infección en el pie derecho, puesto que, como acabamos de exponer, la infección en el pie ya era un problema previo y recidivante, y no muestra conexión con la cirugía de la mano y el codo, ya que la herida quirúrgica en esas áreas nunca mostró signos de infección y se localiza en un área anatómica muy distante del pie. En las visitas posteriores con diferentes profesionales, se observó la ausencia de signos de infección en el área de la herida quirúrgica.

En este sentido, para que existiera una relación, la herida quirúrgica debería haber presentado signos locales de infección, lo cual no ocurrió. De haber habido una infección en el sitio quirúrgico, ésta podría haber causado una infección secundaria en el pie por contacto o a través del torrente sanguíneo. Sin embargo, cuando la reclamante acudió al Servicio de Urgencias el 11 de noviembre de 2023, la analítica realizada no mostró signos de sepsis, es decir de diseminación de la bacteria en el torrente sanguíneo.

En cuanto a la cirugía, consta que se tomaron todas las medidas necesarias para minimizar el riesgo de infecciones: la intervención se realizó en condiciones de asepsia -*«limpia»*- y sin incidencias; y se administró un tratamiento antibiótico profiláctico conforme al protocolo. Además, la cirugía se llevó a cabo sin necesidad de hospitalización, lo que reduce el riesgo de infecciones.

En atención a lo expuesto, la acreditación de que la asistencia sanitaria ha sido prestada conforme a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de la interesada, se considera conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.