Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 4 6 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de junio 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 203/2025 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. Nuestro dictamen es preceptivo, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Y es así, aunque la interesada no haya cuantificado su reclamación, porque el SCS considera [Fundamento de Derecho TERCERO *bis* de la Propuesta de Resolución] que de ser estimada la hipotética cuantía del daño sería superior a 60.000 euros.

La Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias está facultada para solicitarlo, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis 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 (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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.

4. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. 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.

La competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria está delegada, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora del SCS, en su Secretaría General.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En lo que se refiere a la legitimación pasiva, la misma corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

Además, sobre ello se afirma en la Propuesta de Resolución:

«En el presente supuesto el Hospital (...), centro concertado, no se encuentra legitimado pasivamente toda vez que tratándose de una paciente "de cupo" (folio 610) fue intervenida por facultativo del Servicio Canario de la Salud en dicho centro».

Y como fundamento de esta afirmación se añade:

«Efectivamente, la intervención se realizó en las dependencias del citad Centro Concertado por cuenta del Servicio Canario de la Salud y por facultativo personal propio del SCS bajo sus indicaciones y órdenes, la presunta responsabilidad derivada de todo ello sería imputable de forma directa al Servicio Canario de la Salud y no al centro concertado que solo limita su intervención a la puesta en disposición de sus instalaciones sin que consten deficiencias en las mismas de las que pudiera responder o que hubieran influido en la asistencia prestada».

El Consejo estima que las anteriores aseveraciones son conformes a Derecho.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 3 de febrero de 2023, por un daño que emana de un largo proceso médico que comenzó en 2018, con una primera intervención quirúrgica en la rodilla de la interesada realizada el día 2 de mayo de 2018, efectuándose la última intervención quirúrgica de la misma el día 16 de agosto de 2022, sin que en la fecha de la presentación de la reclamación estuviera todavía determinado el alcance de sus secuelas.

Además y en todo caso, la interesada había formulado reclamaciones el 2 de junio de 2022, el 17 del mismo mes y el 22 de julio de 2022.

8. Se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin que conste justificación; 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 este caso, se deduce del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial que los hechos esenciales en que se funda son los siguientes:

- La interesada padecía (y padece) una patología en su rodilla izquierda, que precisó de una primera intervención quirúrgica consistente en la implantación total de prótesis en dicha rodilla, lo que se efectuó el día 2 de marzo de 2018 por el doctor (...), siendo la evolución posoperatoria tórpida, pues tuvo diversos problemas, como infección, hinchazón, dolor y pérdida de capacidad funcional.

Además, alega la reclamante que dicho doctor, al que acudía no solo en el ámbito del SCS, sino que lo hacía en su consulta privada, no le dispensó un trato adecuado, siendo ofensivo en diversas ocasiones por lo que, finalmente, ante tal actitud decidió solicitar un cambio de médico, siéndole asignado por el SCS el doctor (...), quien ha sido el encargado de todo su tratamiento médico posterior.

- Ante dicha evolución tórpida fue necesario efectuarle una segunda intervención, que se llevó a cabo el día 7 de junio de 2021, que consistió en un cambio de su prótesis, intervención que no tuvo un buen resultado, pese a acudir incluso a un fisioterapeuta del ámbito privado para su rehabilitación, razón por la que le fue necesario realizar una tercera intervención el día 16 de agosto de 2022, cuyo posoperatorio se complicó con sangrado de la herida quirúrgica, que finalmente

se solventó, siendo el resultado de la misma malo, pues en el momento de presentar la reclamación la interesada sigue *sin tener movilidad en su pierna,* la cual *siempre esta hinchada*.

2. Puede deducirse de ello que la interesada reclama por dos motivos distintos, según lo expuesto en su escrito, que son:

- Por los resultados que ella cree inadecuados de las tres intervenciones a las que se sometió y que le han causado el daño anteriormente referido, es decir no puede mover su pierna, que permanece siempre hinchada.

- Por los procesos posoperatorios de las tres intervenciones quirúrgicas, en los que no se le hizo un correcto seguimiento, según ella. Así, se afirma en la reclamación, de manera explícita, que *« (…) la situación de incertidumbre, ocasionada a esta parte, ha sido consecuencia directa de una actuación de los servicios sanitarios dependientes de este departamento, por no haber realizado un control más exhaustivo y mantenerla en observación, sin que los daños producidos y alegados por esta parte perjudicada se deban a ningún otro motivo ajeno a las acciones realizadas en dicho centro».*

Por tanto, la interesada considera que estas actuaciones son contrarias a la *lex artis* y le han ocasionado una pérdida absoluta de la movilidad de su pierna izquierda, daño cuya completa indemnización reclama.

3. Por último, para efectuar una correcta exposición de los antecedentes de hecho, es preciso reproducir lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), emitido el 3 de septiembre de 2024, que describe todo el proceso de la asistencia prestada a la reclamante:

«1.- (…) nacida el día 24 de octubre de 1965, de 53 años de edad en el momento de iniciar los hechos. Con Obesidad grado III (Mórbida) y antecedentes médicos de hipertensión arterial, dislipemia, asma, fibromialgia, gonartrosis bilateral, dorsalgia por artrosis dorsal severa-moderada entre las vértebras D2 a D6 con imagen de pérdida de altura de disco y en caña de bambú.

Tratamiento de base: Amitriptilina 25 mg 0-0-0-1, Amlodipino5 mg 1-0-0-0, Brintellix 20 mg 1-0-0-0, Cetirizina 10 mg 1-0-0-0, Clonazepam 0,5 mg 0-0-0-1, Deprax 100 mg 0-0-0-3, Enantyum 25 mg 1-1-1, Foster Nexthaler 200/6 microg inhalación cada 12 h., Limovan 7,5 mg 0-0-0-1, Lyrica 300 mg 0-0-0-1, Montelukast 10 mg 0-0-0-1, Nasonex 50 microg 0-0-0-2, Omeprazol 20 mg 0-0-0-1, Paracetamol 1000 mg 1-1-1, Rosuvastatina 20 mg 0-0-0-1, Spiriva Respimat 2,5 microg 2 pulsaciones cada 24 h, Terbasmin Turbuhaler 500 microg 2 inhalciones cada 8 h. Yantil Retard 100 mg 1-0-1, Zonegran 50 mg 0-0-2.

2.- El día 2 de marzo de 2018 es intervenida quirúrgicamente de gonartrosis izquierda mediante la implantación de una prótesis total de rodilla (PTR) en el Hospital Universitario (...), Gran Canaria.

Al alta del hospital se indica continuar con su medicación habitual, además de las siguientes recomendaciones, cuidados y controles: Astefor 400/30 cada 8 h., Paracetamol 1 gr cada 8 h. Ciprofloxacino 500 mg cada 12 h. 5 días, Clexane 40 mg (4000 UI) una cada 24h 30 días, Omeprazol 40 mg 1 cada 24 h. Y cura local cada 48 horas por enfermero/a de familia.

El día 5 de marzo de 2018 el Médico de Atención Primaria (MAP) del CS Doctoral acude al domicilio para valoración y cura de herida quirúrgica. Herida de buen aspecto sin signos de infección. Se realiza cura seca y se enseña la manera de curarse. Se dan recomendaciones a la hora del baño y se informa sobre los signos/síntomas de alarma en los que tendría que acudir al Servicio de Urgencias. La piel y anexo de buen aspecto y se deja material en la casa (gasas).

El día 7 de marzo de 2018 el MAP del CS Doctoral acude al domicilio. Se recomienda que acuda al hospital (...), donde fue intervenida, para confirmación de posible trombosis venosa profunda en la pierna izquierda. Se administra Clexane 40 mg inyección subcutánea.

El día 28 de marzo de 2018 el MAP del CS Doctoral. Se aprecia excelente evolución de la cicatriz de la rodilla. Es vista por traumatólogo que mantiene medicación.

El día 5 de abril de 2018 el MAP del CS Doctoral. Explica su marido una evolución tórpida en rehabilitación, refiere que en rehabilitación le recomiendan que se realice alguna prueba complementaria. Acudirá al traumatólogo para valorar posibilidades.

El día 9 de abril de 2018 el MAP del CS Doctoral. Su marido comenta que acudieron a ver el traumatólogo, les dice que la rodilla esta bien, pero que, si no la movía ya, no va a ser posible recuperar la movilidad. Asocia la evolución tórpida con el diagnóstico de fibromialgia y lo único que recomienda es una rehabilitación "agresiva". Esta pendiente de 20 sesiones más de rehabilitación.

Explican que la paciente esta muy ansiosa que no descansa, insomnio de conciliación y mantenimiento notable. No hiporexia, no tristeza ni ideas de autolisis. Camina con muletas. La rodilla presenta aumento de volumen, eritema y tumefacción. Movilidad muy reducida y dolorosa.

El día 19 de abril de 2018 Evolución Traumatología consultas externas (TRA CEX): Paciente intervenida de PTR izquierda en día 2/3/2018 postoperatorio doloroso sin problema de exudación o cicatrización de herida. Se retiran grapas en plazos previstos. Presenta mucho dolor. Se inicia estudio para descartar infección aguda de PTR. Artrocentesis y cultivo. Analítica.

El día 26 de abril de 2018 MAP del CS Doctoral. La rodilla izquierda con buena cicatrización, pero eritematosa y caliente.

El día 30 de abril de 2018 Evolución TRA CEX: Lumbalgia crónica no irradiada. Obesidad. Pendiente de valoración por UEI de PTR Izquierda. Sospecha diagnostica Síndrome de Sudeck (Síndrome de dolor regional complejo) y artrofibrosis idiopática.

El día 11 de mayo de 2018 Evolución TRA CEX: Valorada por UEI solicita gammagrafía. Si infección recambio en dos tiempos. Hoy VSG y PCR.

El día 24 de mayo de 2018 Evolución TRA CEX: Nueva artrocentesis y cultivo. Se repite VSG y PCR. Sigue con mucho dolor y rigidez.

El día 31 de mayo de 2018 MAP del CS Doctoral. La paciente acude comentando que hace tres meses de la intervención quirúrgica, que tuvo complicaciones y estuvo en seguimiento por el traumatólogo que la intervino. Le han pinchado la rodilla para obtener una muestra del líquido sinovial y hay una bacteria (estafilococo epidermidis). Está pendiente de gammagrafía y en seguimiento por la unidad de enfermedades infecciosas (UEI) por este motivo y no ponen tratamiento hasta la prueba. Nota de UEI de 8/5/18: sospecha de infección crónica de PTR izquierda, Plan: Recambio en dos tiempos si se confirma infección con la gammagrafía.

El día 18 de junio de 2018 Evolución TRA CEX: Cultivo artrocentesis negativo 24/5/2018. Analítica 11/6/2018 VSG 8, PCR 1,34. Pendiente de gammagrafía.

El día 12 de julio de 2018 Informe clínico de consultas externas del Servicio de Traumatología: Paciente intervenida de PTR izquierda en día 2/3/2018 postoperatorio doloroso sin problema de exudación o cicatrización de herida. Se retiran grapas en plazos previstos. Periodo de fisioterapia muy doloroso. Se inicia estudio para descartar infección aguda de PTR. Gammagrafía de médula ósea del 19/6/2018 y gammagrafía ósea con leucocitos marcados del 19/6/2018 Informe: Gammagrafía ósea con trazadores de infección negativa. Analítica del 11/6/2018: VSG 8, PCR 1,34. Cultivo liquido articular: Positivo a S. epidermidis (probable contaminante). Juicio diagnóstico: Artrofibrosis, rigidez extrema tras PTR izquierda. Pendiente de último cultivo articular para recambio de PTR Izquierda en un tiempo.

El día 26 de julio de 2018 MAP del CS Doctoral: la paciente acude comentando que ya está en la lista de espera para la intervención quirúrgica de recambio de su prótesis total de rodilla izquierda.

El 31 de julio de 2018 MAP del CS Doctoral: la paciente acude comentando que se va a hacer una resonancia magnética nuclear, el traumatólogo le dijo que le había solicitado una, pero como tarda ha decidido hacerlo por privado.

El día 3 de octubre de 2018 MAP CS Doctoral: la paciente acude por dolores generalizado. Está en lista de espera para la intervención de la rodilla izquierda.

Solicita valoración, por traumatología, por el dolor de toda la espalda.

Aporta un informe del traumatólogo privado del 8/8/18: Acude a consulta por presentar dolor lumbar y cervical con irradiación a miembros inferiores y miembros superiores. Refiere gran dolor en rodilla izquierda a pesar de su cirugía. Contractura cervical en trapecio y esplenio, escalenos dolorosos. Hoffman negativo. Dolor a la palpación PV lumbar con Lassegue y Bragard positivo en miembros inferiores. ROT conservados.

RNM cervical de 2018: discopatía C4 a C6 con inversión de la lordosis cervical.

RNM lumbar de 2018: no se aprecia lesión / discopatía a nivel lumbar, leve retroversión de sacro con respecto a L5.

RNM dorsal 2014: protrusión de disco D9-D10 que impronta levemente sobre médula.

Cultivo sinovial de la artrocentesis rodilla izquierda del día 18 de junio de 2018: Negativo.

Juicio Diagnóstico: Protrusiones discales cervicales con irradiación a miembros superiores.

El día 4 de enero de 2019 MAP CS Doctoral. La paciente acude comentando que tiene dolor generalizado y dice que el traumatólogo le dijo que tenía fibromialgia. No tolera el Tramadol.

El día 17 de enero de 2019 MAP CS Doctoral. La paciente comenta que le dieron la incapacidad y que necesita informes.

3.- El día 24 de enero de 2019 Evolución TRA CEX: Paciente de 53 años. Operada de gonartrosis izquierda con PTR el día 2 de marzo de 2018 (un año de evolución). Le han hecho cultivo líquido sinovial y gammagrafía con resultado negativo para infección. Sigue con dolor y con un arco de movilidad de 30º en rodilla izquierda.

El día 2 de mayo de 2019 Evolución TRA CEX: La radiografía de la rodilla derecha muestra una gonartrosis moderada la radiografía de la rodilla izquierda muestra una prótesis bien implantada sin signos de aflojamiento. La movilidad actual es de 30°. Si realizamos una artrofibrolisis abierta le informo de los resultados esperables y del dolor que va a suponer tener que empezar a movilizar la rodilla en el postoperatorio inmediato. La paciente lo acepta y la incluyo en la lista de espera quirúrgica (LEQ).

El día 6 de febrero de 2020 Evolución TRA CEX: Paciente de 54 años. Sobrepeso. En LEQ para revisión de PTR izquierda. Hoy acude al CAE por caída el día 28 de enero de 2020. Traumatismo en codo y muñeca izquierda. Vista en SRM, donde le diagnostican contusión sin fracturas, según informe. Le pusieron férula braquiopalmar.

Dolor en codo a nivel de la cabeza radial, limitación para la flexo-extensión por dolor. Dolor generalizado en muñeca, en todos los puntos. Se solicita radiografía de codo y muñeca:

dudosa fractura de cuello radial no desplazada, dudosa fractura de escafoides. Posible fractura posterior de semilunar. Colocamos cabestrillo para el codo y férula para la muñeca. Control en 2 semanas y radiografías nuevas.

También comenta omalgia derecha desde hace 2 meses, lo achaca a la muleta. Abducción activa y flexión anterior activa 45º en radiografía no se aprecian lesiones óseas. Tendinopatía manguito rotador derecho. Se solicita rehabilitación.

El día 20 de febrero de 2020 Evolución TRA CEX: Pendiente de rehabilitación.

El día 26 de noviembre de 2020 Evolución TRA CEX: No acudió a consulta.

El día 10 de diciembre de 2020 Evolución TRA CEX: Paciente 55 años. PTR izquierda con movilidad 0°- 20°. Dolorosa. SE recomienda recambio de la PTR. La indicación quirúrgica ha cambiado, esta en la LEQ para artrofibrolisis y ahora lo que procede es el recambio de la PTR.

4.- El día 6 de junio de 2021 La paciente ingresa de forma programada para ser intervenida quirúrgicamente de recambio de prótesis total de rodilla izquierda por aflojamiento aséptico de la PTR previa.

El día 7 de junio de 2021 es intervenida quirúrgicamente mediante el recambio en un tiempo de la PTR Izquierda por una prótesis de rodilla de revisión LEGION. Se comprueba la estabilidad, hemostasia, lavado con SSF, cierre por planos, se dejan dos drenajes aspirativos. Cierre de piel con agrafes, vendaje algodonado estéril de la pierna. Suelta de isquemia sin incidencias.

La paciente evoluciona favorablemente, presenta buena evolución de curas, post quirúrgicas y ha comenzado la rehabilitación, por lo que se decide alta y continuar seguimiento en consultas externas de cirugía ortopédica y traumatología. Los cultivos de líquido articular son negativos.

Continuar con su tratamiento domiciliario habitual.

Mover frecuentemente la rodilla y deambular con ayuda de muletas o bastones ingleses.

Curas cada 48 -72 horas de la herida quirúrgica en su Centro de Salud o domicilio. Retirar sutura en su centro de salud o domicilio a los 15 días de la intervención.

Clexane 40 mg subcutáneo un vial cada 24 horas hasta nuevo aviso Paracetamol 1 g cada ocho horas, si dolor. Nolotil 575 mg una cápsula cada ocho horas si el dolor no cede con paracetamol. Si el dolor no cede con la medicación pautada añadir Tramadol 50 mg un comprimido cada 12 horas.

Si hay sangrado progresivo de la herida, fiebre mayor de 38° o dolor que no se controla con la medicación pautada, acudir al servicio de urgencias de este hospital.

Acudir a consultas externas de traumatología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria el día 30 de junio de 2021.

El día 11 de junio de 2021 Enfermería CS Vecindario. Paciente que ha sido intervenida quirúrgicamente (PTR) el 6/6/21 y ha sido dada de alta ayer, solicita curas a domicilio. Se Acude a domicilio para realizar cura seca según pauta de herida quirúrgica en rodilla izquierda.

El día 14 de junio de 2021 Enfermería CS Vecindario. Se realizó cura herida quirúrgica.

El día 18 de junio de 2021 Enfermería CS Vecindario. Se realizo cura seca de herida quirúrgica. Se observa inflamación y calor en la zona a la palpación.

El día 21 de junio de 2021 Enfermería CS Vecindario. Herida con buen aspecto se realiza cura con cristalmina y se retiran grapas alternas.

El día 23 de junio de 2021 Enfermería CS Vecindario. Limpieza de herida y retirada de resto de grapas. Se aprecian signos de inflamación (calor y rubor).

MAP valoración: La paciente niega fiebre, pero refiere molestias en la rodilla operada tomando paracetamol cada 8 horas. Discreta tumefacción, con aumento de la temperatura e induración circundante a la herida quirúrgica. Se prescribe Levofloxacino 500 mg 7 comprimidos tomar 1 cada 24 horas.

El día 25 de junio de 2021 Enfermería CS Vecindario. Acude a cura. Herida quirúrgica limpia. Sin exudados ni dehiscencias. Mantiene calor y rubor. Edema. Refiere algo de mejoría en cuanto al dolor, después del inicio del antibiótico. Limpieza con cristalmina.

El día 30 de junio de 2021 Evolución TRA CEX: 55 años. Operada hace tres semanas. No ha trabajado la rodilla. Extensión y 50o de flexión. Se insiste en los ejercicios. Se solicita el inicio del tratamiento rehabilitador lo antes posible.

El día 7 de julio de 2021 MAP CS Vecindario: Refiere que ha sido valorada por COT el 30/6/2021 en el Hospital Insular. Dice tener notable mejoría tras el tratamiento antibiótico, pero no tiene movilidad suficiente, el COT dice que ella no lo moviliza adecuadamente. También tiene programada una gammagrafía, que solicito de forma particular, porque un traumatólogo le sugirió realizársela.

El día 7 de octubre de 2021 Evolución TRA CEX: Cuatro meses de evolución postoperatoria. Ahora menos extensión que en el control anterior. Se le dan consejos.

El día 31 de marzo de 2022 Evolución TRA CEX: Movilidad muy limitada. Recomiendo artrolisis abierta. Se explicó en que consistía y lo gran demandante que era el postoperatorio para tener alguna posibilidad de mejoría. Curso inclusión en LEQ.

5.- El día 16 de agosto de 2022 CHUIMI TRA: De manera electiva se realiza una cirugía de artrolisis abierta por fibrosis secundaria en rodilla izquierda intervenida mediante recambio de PTR.

Bajo anestesia general y bloqueo en raíz de miembro e isquemia preventiva. Se realiza abordaje anterior de rodilla parapatelar medial, con una artrolisis abierta, liberación capsular, cicatricial y alerón lateral. Se comprueba flexión adecuada llegando a 100° se realiza protetizacion de patela cementada tamaño 26 (3 tetones) de Smith & Nephew. Se comprueba buen "tracking" rotuliano. Lavado profuso y cierre por planos.

Al alta: Continuar con su tratamiento domiciliario habitual. Mover frecuentemente la rodilla y deambular con ayuda de muletas o bastones ingleses. Curas cada 48 -72 horas de la herida quirúrgica en su Centro de Salud. Retirar sutura en su Centro de Salud a los 15 días de la intervención. Enoxaparina Rovi 40 mg subcutáneo un vial cada 24 horas treinta días. Paracetamol 1 g cada ocho horas, si dolor. Nolotil 575 mg una cápsula cada ocho horas si el dolor no cede con paracetamol. Si hay sangrado progresivo de la herida, fiebre mayor de 38° o dolor que no se controla con la medicación pautada, acudir al servicio de urgencias de este hospital.

Acudir a Consultas Externas de Traumatología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria el día 1 de septiembre de 2022.

El día 22 de agosto de 2022 Enfermería CS Doctoral: La paciente acude por sangrado de herida quirúrgica, intervenida el martes pasado en el Hospital Insular. Fue dada de alta hospitalaria ayer. Se observa ligero sangrado a nivel de herida quirúrgica.

El día 23 de agosto de 2022 SUH: Acude a urgencias por sangrado de herida quirúrgica. Mujer de 56 años de edad intervenida el 16/8/2022 de artrolisis por vía abierta de rodilla izquierda y siendo dada de alta en el día de ayer acude por sangrado de herida quirúrgica. Niega fiebre, supuración u otra sintomatología. Herida quirúrgica de buen aspecto sin signos inflamatorios y con drenaje de material serohemático. Se palpa zona fluctuante en extremo craneal de herida.

La paciente se mantiene estable durante su estancia en el Servicio. Se realiza cura de herida sin complicaciones. Se habla con COT quien refiere realizar cura y aplicar vendaje compresivo con crepé. Dada la clínica, la exploración física y el resultado de las pruebas complementarias se decide el alta.

Se recomienda seguir con mismo tratamiento. Se explican normas de evolución y signos y síntomas de alarma. Solicitar cita con su MAP para control evolutivo. Acudir a la cita de control con Traumatología el 1/9/2022.

El día 24 de agosto de 2022 Enfermería CS Vecindario: Acude a cura herida quirúrgica. Ayer episodio de sangrado a través de punto, por lo que acudió a urgencias: Hoy vendaje manchado de sangre. Se realiza drenaje manual de seroma, cura seca, y vendaje compresivo.

El día 25 de agosto de 2022 Enfermería CS Vecindario: Acude a cura herida quirúrgica. Apósito ligeramente manchado de sangre. Refiere haberlo cambiado la noche anterior por estar manchado. Herida enrojecida, caliente y dolorosa a la palpación. MAP CS Vecindario: Se observa herida quirúrgica con salida de secreción sanguinolenta por un punto. Cura con enfermera.

El día 26 de agosto de 2022 Enfermería CS Vecindario: Acude a cura herida quirúrgica. Apósito manchado, pero al apretar no excesivo drenaje. Cura seca

El día 28 de agosto de 2022 Enfermería CS Vecindario: Acude a cura herida quirúrgica. Se realiza cura seca oclusiva de puntos de sutura (grapas) de la cirugía de rodilla izquierda.

El día 29 de agosto de 2022 Enfermería CS Vecindario: Acude a cura herida quirúrgica. Herida enrojecida, caliente y dolorosa a la palpación. Se retiran dos grapas de la zona de drenaje de seroma. Limpieza y desinfección, Drenaje manual de seroma, Gasas y esparadrapo. (lleva 5 días de antibiótico oral pautado por MAP).

El día 30 de agosto de 2022 Enfermería CS Vecindario: Acude a cura herida quirúrgica. No presenta salida de seroma. Limpieza y desinfección se cubre con apósito.

El día 31 de agosto de 2022 Enfermería CS Vecindario: Acude a cura herida quirúrgica. Apósito ligeramente manchado. No drenaje activo. La pierna esta menos enrojecida. Limpieza, desinfección y apósito secundario.

El día 7 de septiembre de 2022 Enfermería CS Vecindario: Acude a cura herida quirúrgica. Retirada parcial de grapas.

El día 10 de septiembre de 2022 Enfermería CS Doctoral: Acude por dolor en rodilla izquierda donde presenta grapas tras cirugía. La rodilla esta caliente y solicita retirada de grapas por molestias. No signos de infección. Se retiran sin incidencias.

El día 12 de septiembre de 2022 Evolución TRA CEX: Paciente operada el 16/8/ 2022 de artrofibrosis en la rodilla izquierda. Actualmente en rehabilitación. Movilidad 0/90o. Citamos en tres meses.

El día 2 de febrero de 2023 Evolución TRA CEX: Operada hace 5 ½ meses. Tras la artrofibrolisis abierta (16/8/2022) la rodilla está bloqueada en extensión».

Y dice, finalmente, el informe del Servicio de Inspección:

«Las posibilidades terapéuticas están agotadas».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 3 de febrero de 2023, junto a la que se añaden las reclamaciones anteriores antes citadas.

El día 8 de febrero de 2023, se dictó la Resolución n.º 360/2023 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido, y el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI).

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada.

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia, no presentándose escrito de alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución el 23 de abril de 2025 (aunque se denomina por error *Resolución* y no *Propuesta de* Resolución, es demostrativo del error -que resulta irrelevante- que se diga que se *propone* la desestimación).

En dicha Propuesta se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que:

«La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. (...) A juicio del órgano instructor 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».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS por no apreciarse *mala praxis* médica en ninguna de las actuaciones que conforman todo el proceso médico anteriormente relatado.

Así, al respecto se concluye en la Propuesta de Resolución manifestando que:

«En consecuencia, no hay prueba médica de que la necesidad de reintervención haya sido causada por la actuación incorrecta del facultativo que le colocó la prótesis a el paciente, ya que fue la concreción de un riesgo iatrogénico del que fue informado previamente y que este asumió al prestar su consentimiento a esa intervención. A ello hay que añadir la propia condición fisiológica de la paciente a desarrollar fibrosis que condicionó su evolución tras las distintas intervenciones.

Ha quedado por consiguiente desvirtuada la reclamación formulada.

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 ésta 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 (Sentencias del Tribunal Supremos (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).

No se ha aportado ninguna prueba que contradiga los extremos contenidos en los informes señalados e incorporados a la presente Resolución.

En definitiva, la reclamación debe ser totalmente rechazada por falta de prueba respecto de la citada antijuricidad del daño por el que se reclama».

2. En el Dictamen 673/2024, de 21 de noviembre, entre otros, el Consejo Consultivo ha reiterado lo que constituye su criterio muy consolidado y consistente acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, y son conocidos los requisitos que, en desarrollo del mandato constitucional (ar. 106.2, Constitución Española) y legal (art. 32 LRJSP) según tal criterio repetido deben cumplirse para poder apreciar su existencia, fijados y aplicados por la jurisprudencia, la práctica judicial y nuestra propia doctrina; en su virtud, debe constatarse que se produce:

«– 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».

Así, se recuerda en el citado dictamen lo siguiente:

«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, 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".

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"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».

Ahora, para la correcta aplicación de esta doctrina y la comprobación de la existencia de aquellos requisitos (daño, causalidad, inexistencia de deber jurídico de soportar el daño y de fuerza mayor), en este caso -y en general- se requiere, por preciso y expreso mandato legal, que en el expediente obre informe del servicio cuya actuación se alegue como causa del daño: *En el caso de los procedimientos de responsabilidad patrimonial será preceptivo solicitar informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable*, dice el art. 81.1 LPACAP. Y ello es especialmente relevante en las reclamaciones derivadas de la atención sanitaria o médica, en las que se requiere determinar si se ha producido -como requiere la doctrina citada- una indebida aplicación de medios, es decir, una infracción de la *lex artis ad hoc*.

Sobre ello es también clara y está consolidada la doctrina del Consejo:

«Y, por ello, la lex artis es el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de sus actos, imponiéndoles el deber de actuar con arreglo a la diligencia profesional debida. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras). Por lo tanto, el criterio de la lex artis determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la lex artis, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP). Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable 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».

Sobre la necesidad de este informe existe también doctrina del Consejo Consultivo que cabe citar como precedente para este caso.

Así, en el Dictamen 403/2023, de 13 de octubre, se dijo, con cita y reproducción de otros anteriores, lo siguiente:

«Sobre la preceptividad del informe del Servicio de la Administración en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, también nos hemos pronunciado en nuestros dictámenes 469/2012, de 1 de junio, 292/2014, de 3 de septiembre, 32/2015, de 28 de enero, 54/2015, de 23 de febrero, 462/2018, de 18 de octubre, 436/2019, de 28 de noviembre, y 39/2023, de 1 de febrero, entre otros, en los cuales se condensa la doctrina del Consejo de Estado, de los Consejos Consultivos y de la jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre este particular, al que se refería (vigente la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común) el art. 10 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, -y que actualmente se contiene, como hemos señalado, en el art. 81.1 LPACAP-, de la siguiente manera:

" (...) El procedimiento administrativo y, especialmente en este caso, el procedimiento de reclamación patrimonial por lesiones ocasionadas por los órganos de la Administración es un procedimiento garantista. En este plano garantista se sitúa lo establecido en el art. 10 RPAPRP cuando señala que, en todo caso, se solicitará el informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable.

(...) La Doctrina del Consejo de Estado y la de los Consejos Consultivos incluida la de este Órgano establecen claramente tanto el carácter garantista del procedimiento administrativo como la obligatoriedad del informe del servicio.

En este sentido, el Dictamen 2072/1999 del Consejo de Estado emitido en relación a una consulta del Ministerio de Fomento sobre la tramitación de los procedimientos administrativos de responsabilidad patrimonial señala:

"3. Los procedimientos han de instruirse de manera escrupulosa por los órganos administrativos, sin que sea dable suprimir algún trámite, salvo que la norma que los regula permita específicamente hacerlo"».

Por todo ello resulta obligado comprobar *escrupulosamente*, en cada caso, si en la instrucción del expediente se ha reclamado y obtenido el informe del Servicio, para hacer efectivas las garantías, tanto para los interesados como para los principios generales del procedimiento, a las que sirve la repetida exigencia del informe, que debe provenir del servicio de que se trate, y no puede ser sustituido por otro ni por cualquier otro documento, dada la terminante redacción de la ley.

3. En este expediente obra el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del CHUIMI, emitido por el doctor (...), que es el Jefe de dicho Servicio y que, además, trató a la interesada con posterioridad a la primera de las tres intervenciones a las que se sometió, siendo quien le realizó las dos últimas

operaciones, como ya se ha dicho. El informe dice que *responda* (*rectius*, *responde*, se entiende) *a los términos de la reclamación* y está fechado el 2 de febrero de 2023.

Pero la interesada reclama por la totalidad de un proceso médico que se inició con una primera intervención en el año 2018 (intervención que consta en el expediente), sin que sobre ella se haya obtenido el informe que requiere la ley, porque ni el citado doctor R. H. ni su Servicio efectuaron aquella intervención inicial, de modo que su informe, lógicamente, se refiere a hechos acontecidos después de la primera intervención y de su posoperatorio, pero no a la propia actuación quirúrgica, sus antecedentes y su indicación.

Hay un informe del doctor (...) -que fue el primer cirujano en intervenir la rodilla izquierda de la reclamante- sobre su actuación y sobre la cirugía hecha en 2018, pero no es un informe hecho sobre la reclamación y las manifestaciones de la reclamante, sino que es el informe de la intervención -hecho en aquella fecha: 4 de marzo de 2018- que no se manifiesta sobre las quejas de la reclamante sobre el proceso posoperatorio, que ella atribuye al mismo doctor (...), y sobre la propia intervención.

Por tal motivo, no es posible entender que el informe preceptivo del Servicio se haya incorporado al expediente y que este esté completo ni que su Propuesta de Resolución proporcione respuesta a todas las cuestiones que son objeto de aquel ni que se haya dispuesto de todos los informes preceptivos, siendo necesario, para que este Consejo Consultivo pueda pronunciarse con fundamento sobre el fondo del asunto como está obligado a hacer (art. 81.2 LPACAP), y se propone que se retrotraigan las actuaciones y que el doctor (...), quien efectuó la primera intervención y trató a la interesada en el posoperatorio de la misma, emita un informe sobre tales extremos, para así completar convenientemente el informe preceptivo del servicio actuante y se remita al SIP para que este en su vista complemente su informe anterior.

4. Después de ello, se otorgará nuevo trámite de vista y audiencia a la interesada, tras el cual se podrá emitir una nueva Propuesta de Resolución y solicitar de este Consejo su Dictamen.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada no se estima conforme a Derecho, pues de acuerdo con los razonamientos expuestos en el Fundamento IV procede la retroacción de las actuaciones.