Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 de octubre 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. 370/2025 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 daños que se alegan causados 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 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 cuanto a los antecedentes, procede reproducir lo manifestado en el Dictamen del Consejo Consultivo 246/2025, de 3 de junio, emitido en relación con el presente asunto.

Así, se ha manifestado sobre ello que:

«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.

2. 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, el 3 de febrero de 2023, junto a la que se añaden las reclamaciones anteriores 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).

5. Esta Propuesta de Resolución fue objeto del Dictamen de este Consejo Consultivo anteriormente referido (DCC 246/2025), por el que se solicitó a la Administración sanitaria la retroacción de las actuaciones para que se emita el informe preceptivo del Servicio, en los siguientes términos:

«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 (...) 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».

El requerimiento del Consejo Consultivo, que, como se pude observar con claridad, se expresó en términos comprensibles, dio lugar, únicamente, a la emisión de un nuevo informe del SIP, en el que resulta destacable lo siguiente:

«1. En dicho Dictamen se señala la necesidad de incorporar al expediente un informe sobre la primera intervención quirúrgica (realizada en 2018) y su postoperatorio, a fin de complementar adecuadamente el informe preceptivo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

2. A este respecto, se informa que el facultativo que intervino a la paciente en la primera cirugía, el Dr. (...), se encuentra jubilado desde diciembre de 2019. En consecuencia, este Servicio de Inspección y Prestaciones no puede recabar directamente informe alguno de dicho profesional.

3. No obstante, el Dr. (…) fue en todo momento miembro del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), y fue en ese marco institucional donde se llevó a cabo tanto la indicación quirúrgica como el seguimiento postoperatorio inicial de la intervención efectuada el 2 de marzo de 2018, realizada en el Hospital (...) por derivación.

4. Por tanto, no es exacto afirmar, como se recoge en el Dictamen (Fundamento IV), que "ni el citado doctor (...) ni su Servicio efectuaron aquella intervención inicial". La indicación quirúrgica fue realizada en consultas externas del CAE Vecindario (CHUIMI) el 9 de octubre de 2017 por el Dr. (…), adscrito a dicho Servicio, y la intervención se llevó a cabo bajo su responsabilidad, en calidad de especialista del SCS.

5. Asimismo, en los procedimientos administrativos de responsabilidad patrimonial, el informe preceptivo es el que emite el Servicio, no el facultativo individualmente

considerado. En el presente caso, dicho informe ya fue emitido por el Servicio de COT del CHUIMI, bajo la jefatura del Dr. (...), y abarca la evolución clínica completa de la paciente, incluyendo las complicaciones y el razonamiento clínico relativo a la artrofibrosis, que fue debidamente investigada y tratada conforme a la lex artis».

6. Posteriormente, se otorgó a la interesada el trámite de vista y audiencia, presentando escrito de alegaciones el día 14 de julio de 2025, en el que manifiesta que la ausencia de todo informe sobre la primera de las intervenciones que se le practicó en su rodilla, en 2018, le causa indefensión, pues constituye dicha intervención el origen de todos sus problemas médicos.

7. El día 1 de agosto de 2025 se emite una nueva Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima nuevamente la reclamación efectuada, porque 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.

2. En este caso no hay duda de que, como manifiesta el SIP en su nuevo informe, procede la emisión del preceptivo informe «*del Servicio*» en todo supuesto de reclamación de responsabilidad patrimonial, y -añade el Consejo- que el servicio -en la expresión legal del art. 81 LPACAP es «*el servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable*».

El Consejo agradece al SIP su precisión, aunque entiende que puede resultar, por una parte, innecesaria -lo que ni importa ni le priva de valor— pero también un punto confusa, pues cuando la ley de procedimiento se refiere a «*servicio*» se refiere a la persona o unidad administrativa a la que se impute el daño, y no a la que tenga, en la estructura orgánica de la administración o en su denominación, el rango preciso de «*servicio*», como parece que puede entender el SIP a la vista del texto de su informe. Así se viene produciendo en la práctica de este Consejo, y en su doctrina, y también en la práctica del SCS y del propio Servicio de Inspección y Estudios, que se solicitan y se obtienen informes de distintas unidades, sea cual sea su denominación: «*servicio*», «*centro*», «*gerencia*» o la misma denominación «*unidad*».

Y si el Consejo suele ser especialmente escrupuloso con la observancia del mandato legal no es solo por el muy importante argumento de que sea inexcusable

hacerlo, ni por un prurito de rigor procedimental que sería contrario al principio antiformalista que es también un mandato legal, sino para que se disponga de la mayor información posible antes de resolver y para que exista un mecanismo o trámite que sirva de atención a un principio contradictorio entre el reclamante y la administración a quien se reclama, y que es también quien decidirá finalmente sobre la reclamación.

Por ello suele recordar el Consejo a las administraciones públicas que los informes exigidos han de ser completos, exhaustivos y que han de responder a la totalidad de las cuestiones planteadas por los reclamantes, para que la resolución pueda cumplir con el precepto legal, que es *« (...) [decidir] todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del mismo».* (art. 88 LPACAP).

En el presente expediente, se estimó legalmente procedente que la administración (SCS) incorporar al expediente el informe del servicio actuante, porque en los que figuraban se advertían las siguientes anomalías u omisiones:

- No se hacía referencia, por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, emisor del informe, a la primera de las intervenciones quirúrgicas relatadas en la reclamación. Literalmente -folio 590- comienza el relato o descripción de la intervención del servicio a partir de una visita que se dice producida el día 24 de enero de 2019, y no se menciona ni alude a la intervención hecha, en el Hospital (...) Meloneras, por el doctor (…).

- No se expresaba en el informe la opinión del propio doctor (…), prescriptor y autor de la intervención quirúrgica, como se hizo notar en el dictamen, desconocedor el Consejo de su jubilación.

Es decir, el informe del servicio actuante, como ya se dijo de forma clara y expresa en nuestro Dictamen anterior, no se pronuncia sobre la primera intervención de rodilla a la que sometió la interesada el día 2 de marzo de 2018, sino que solo se analizan las dos intervenciones quirúrgicas posteriores a la misma, omisión esta que debe salvarse antes de resolver y que además no permite a este Consejo Consultivo entrar en el fondo del asunto con los elementos de juicio necesarios para ello, máxime, cuando la interesada, sin duda alguna, considera que dicha intervención y su posoperatorio son el origen de todos sus problemas médicos actuales, dato este último que conocía la Administración sanitaria.

Ello no se salva ni subsana mediante las referencias y alusiones que el propio SIP hace sobre las actuaciones practicadas en 2018 porque estas proceden mayormente, como es de ver, de las notas de la historia clínica de los servicios de Atención Primaria.

Pues bien, para que este Consejo Consultivo pueda pronunciarse sobre la reclamación formulada por la interesada, se debe emitir un informe por el servicio actuante, que ha de ser exhaustivo y pormenorizado, en el que se ilustre al instructor y este Consejo acerca de la primera intervención de rodilla, que se llevó a cabo el día 2 de marzo de 2018, en el Hospital (concertado, v. anterior I, 6) (...), pronunciándose expresamente sobre su adecuación a la patología de la interesada, el desarrollo de la misma y su influencia sobre el curso del proceso posoperatorio, incluyendo todo lo referido a la rehabilitación, es decir, debe pronunciarse acerca de si el tratamiento rehabilitador fue el correcto y oportuno y si se le prestó en el momento adecuado o por contra si hubo retraso. Finalmente, debe contener dicho informe un pronunciamiento concreto acerca de la influencia de todo ello en la tórpida evolución de la interesada.

En el nuevo informe -y también en el anterior- constan descripciones, análisis y razonamientos sobre todo ello, pero deben partir de lo que se diga sobre la intervención inicial, que es la que la reclamante refiere como inicio de sus padecimientos y sostén de sus pretensiones.

Todo ello se razonó en el Dictamen anterior (246/2025), al que podemos remitirnos.

Si es imposible que sea del propio servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, doctor prescriptor y cirujano, quien emita el informe habrá de ser por fuerza otro experto responsable, como es natural, quien lo haga, de acuerdo con los datos obrantes en la Historia Clínica del paciente.

3. Después de la emisión de tal informe preceptivo y del que pueda hacer el SIP en su vista procederá otorgar nuevo trámite de vista y audiencia a la interesada, y se podrá emitir luego 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 por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV se entiende procedente la retroacción de las actuaciones.