



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 5 5 / 2 0 0 0

La Laguna, a 15 de diciembre de 2000.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo en relación con *la Propuesta de Orden resolutoria del expediente de reclamación de indemnización, formulada por A.H.C., como consecuencia de las lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dependientes del Servicio Canario de Salud (EXP. 169/2000 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Mediante escrito de 10 de octubre de 2000, el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad ha interesado Dictamen preceptivo en relación con la Propuesta de Resolución (PR) de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial por daños imputables, presuntamente, al funcionamiento de los servicios sanitarios dependientes de la Administración autonómica. Preceptividad que resulta de los arts. 11.1 y 10.6 de la Ley 4/84, de 6 de julio, del Consejo Consultivo, en relación este último precepto con el art. 22.13 de la

Ley Orgánica 3/1980, de 21 de abril, del Consejo de Estado y con el art. 12 de Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

2. El procedimiento incoado y resuelto lo ha sido, con carácter general, con adecuación formal y material de los trámites y garantías dispuestos al efecto, tanto en las leyes sustantivas de aplicación como en las disposiciones que rigen el procedimiento administrativo especial en materia de responsabilidad patrimonial. El

---

\* **PONENTE:** Sr. Millán Hernández.

expediente que acompañaba la solicitud de Dictamen venía concluido, como es preceptivo, de la pertinente Propuesta de Resolución, en este caso desestimatoria, de la reclamación de indemnización formulada.

El escrito de reclamación tuvo entrada en el Registro General del Servicio Canario de la Salud el 12 de mayo de 1999. El 1 de octubre de 1997 el reclamante ingresa en el Hospital siendo intervenido quirúrgicamente el 14 del mismo mes, el 28 de noviembre y el 12 de diciembre del mismo año. El paciente es dado de alta el 5 de enero de 1998, siendo remitido al Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo, con alta el 9 de septiembre del mismo año.

La reclamación interpuesta, pues, ha sido formulada en plazo, toda vez que la fijación definitiva de secuelas tuvo lugar en la más favorable de las eventualidades, el 9 de septiembre de 1998, mientras que el escrito de reclamación tuvo entrada, como se indicó, el 12 de mayo de 1999.

Por otra parte, en las actuaciones resultan debidamente acreditados los requisitos y condiciones materiales y realización de los trámites que para esta clase de procedimientos dispone la legislación de aplicación de la que se ha dado cuenta en el punto 1 (actos de instrucción, preceptivos y facultativos; informe del Servicio afectado; trámites probatorio y de audiencia; e informe del Servicio Jurídico).

3. La reclamación formulada se fundamenta en las lesiones personales, daños y perjuicios ocasionados al reclamante como consecuencia del tratamiento médico quirúrgico recibido por el servicio público de asistencia sanitaria.

El importe de la indemnización reclamada, desglosado en el escrito de reclamación, se eleva a la cantidad de 82.602.718 ptas.

Los daños producidos, según el reclamante, son consecuencia además de la "defectuosa asistencia durante su período de convalecencia de las intervenciones quirúrgicas", lo cual le produjo una "úlceras de presión sacra" cuya evolución fue la causa determinante de las lesiones y secuelas producidas.

## II

1. El escrito de reclamación no incorpora elemento alguno de convicción del que inferir la negligente asistencia sanitaria en la que el reclamante fundamenta su pretensión indemnizatoria. Sí existe, por el contrario, suficiente e instrucción y

prueba de la que resulta que los daños no derivan de la actuación de los servicios sanitarios.

- El reclamante el 1 de octubre de 1997 ingresa por "paraparesia progresiva" de un mes de evolución. En el momento del ingreso se apreció "pérdida de fuerza rápidamente progresiva de MM.II. de aproximadamente un mes de evolución" (...) "disminución de sensibilidad y pérdida de control esfinteriano". El análisis radiológico dio imagen de ocupación anterior del canal raquídeo de más del 70% con una masa calcificada a nivel del interespacio D8-D9, compatible con hernia discal secuestrada y calcificada".

- El 2 de octubre de 1997 se realiza una IRM de la columna que evidencia "una masa hipointensa que ocupa el canal a nivel del interespacio D8-D9 produciendo una obliteración de más del 70% del canal con mielopatía compresiva y que presenta una hipointensidad en todas las secuencias, hallazgos compatibles con una hernia discal en el contexto de un disco muy degenerado".

- Intervenido el 14 de octubre de 1997, "la evolución postoperatoria ha sido satisfactoria". El 17 de octubre de 1997 se le diagnostica "degeneración fibrilar compatible con hernia de disco". El 28 de noviembre fue reintervenido y el 19 de diciembre se le practicó una "laminectomía D-8 D-9 con resección parcial del pedículo y abordaje posterior".

- El 3 de diciembre de 1997 se realiza TC de columna dorsal objetivándose "lesión nodular, de aproximadamente 1 cm. de diámetro hiperdensa (con calcio o hueso) en íntimo contacto con cono medular (...). Se trata de lesión extradural (...) aunque no se puede descartar que corresponda a lesión intradural extramedular".

- El 22 de diciembre de 1997, el Servicio de Anatomía Patológica diagnostica "cartílagos con cambios degenerativos y focos de calcificación". El 27 de octubre se realiza una IRM de la columna resultando una "voluminosa hernia discal a nivel del interespacio D8-D9 que presenta cambios postquirúrgicos a nivel de la región media, en el cuerpo vertebral, que produce un importante compromiso del eje medular", que evolucionó a "lesión medular completa".

- El Servicio de Rehabilitación del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo certifica, el 23 de abril de 1998, "un síndrome de lesión medular transversal completo de nivel D3-D4" con el efecto de "imposibilidad de movilización de MM.II." y las

demás disfunciones de las que el reclamante manifiesta en su escrito inicial, aunque en el informe clínico de alta del mencionado Centro, de 9 de septiembre de 1998, indica que el mencionado síndrome se encuentra "por debajo de th9/th8 que determina una paraplejia flácida secuela de hernia discal calcificada".

- El 29 de abril de 1998, el Servicio de Neurocirugía confirmó "intensa lesión de tipo isquémico en médula dorsal a nivel de D7-D8.

- En informe de 11 de abril de 2000 se señala que "la situación clínica del paciente (...) hubiera terminado de igual manera de no haberse realizado ninguna intervención quirúrgica".

- Y en el informe de 26 de febrero de 1999 del Servicio de Neurocirugía manifiesta que el paciente padece una "paraplejia secundaria a lesión medular completa de origen espondilótico".

- El 21 de octubre de 1999 se informa que en el momento del ingreso el paciente presentaba "paraparesia grado 4/5 con nivel sensitivo de hipoestesia en mayor D-9", las pruebas de neuroimagen (que acreditaron una ocupación del 70% del canal raquídeo por una masa calcificada anterior compatible con hernia discal secuestrada y calcificada) fundamenta que la lesión medular fue consecuencia no de las intervenciones realizadas, "sino a pesar de todos los intentos de descompresión que se realizaron".

2. En suma, el origen de la lesión medular no deriva, según se deduce del expediente, de las intervenciones quirúrgicas, sino de los padecimientos que tenía el reclamante. Las intervenciones quirúrgicas se realizaron para restablecer el espacio adecuado para evitar agresiones de la médula, es decir, descomprimirla, dada la degeneración avanzada del Disco D-8 y D-9, que al prolaparse en el canal raquídeo se calcifica, lo que explica la compresión medular y la evolución posterior de las dolencias.

Tampoco se ha acreditado que las actuaciones quirúrgicas fuesen inadecuadas, desproporcionadas, negligentes, erróneas o descuidadas, ni que la lesión de la médula o la formación de la úlcera de presión sacra se produjera por las intervenciones quirúrgicas o de una asistencia sanitaria inadecuada, respectivamente, por lo que el tratamiento aplicado no puede considerarse como

anormal o desproporcionado, sino adecuado a la "lex artis ad hoc", pese a lo cual no se pudo evitar las consecuencias de la evolución natural de los padecimientos.

Por lo que, no concurre relación de causalidad, ya que la Administración no tiene el deber de indemnizar sin más como consecuencia de no haberse obtenido la curación o la evolución deseada. La evolución de la dolencia no es imputable, en este caso, a una actuación negligente, inadecuada o desproporcionada de los servicios Sanitarios, sino de la evolución natural adversa de los padecimientos iniciales del reclamante.

3. Este Consejo observa, no obstante, una deficiente información en el consentimiento informado del paciente. La información escrita emitida por el Servicio de Neurocirugía se refiere a "hernia discal lumbar-dorsal, en la que se señalan como posibles complicaciones, entre otras, "lesiones de raíces nerviosas que pueden tener como consecuencia trastornos de la sensibilidad o del movimiento en algún segmento de sus piernas". El resultado, por el contrario, ha sido el empeoramiento del paciente, con lesión medular completa. El derecho a la asistencia sanitaria no se agota en la prestación de atenciones médicas y derivadas, sino que incluye el derecho esencial de información previa y completa antes del sometimiento a cualquier intervención quirúrgica de manera clara y precisa, con advertencia de los riesgos y señalando posibles tratamientos médicos alternativos (art. 10 de la Ley 14/1986, de Sanidad). En consecuencia, la expresada deficiencia de información debe ser valorada al resolver definitivamente el presente expediente, a los efectos legales que procedan.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, aún cuando del expediente administrativo instruido no se deduce nítidamente el acatamiento de una información médica rigurosa, acorde con las intervenciones y padecimientos del reclamante, tal como se razona en el Fundamento II.3 del Dictamen.