



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 727/2009

(Sección 1ª)

La Laguna, a 15 de diciembre de 2009.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.J.P.P., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 697/2009 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del 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.

II

Los *hechos* en lo que se basa la presente reclamación, según se relata en la solicitud presentada, son los siguientes:

A.J.P.P. fue intervenido el 5 de septiembre de 2006 por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Canarias de un quiste braquial. Según los cirujanos, la operación salió bien, pero pasados dos días cuando vinieron a ver la evolución de dicha operación, se puso en su conocimiento que al paciente

* **PONENTE:** Sr. Díaz Martínez.

intervenido le molestaba el hombro izquierdo, dando como respuesta que era normal porque era una zona delicada. Pasado un mes y en vista de que el dolor persistía e incluso iba en aumento fue a su médico de cabecera para que le hiciera las pruebas pertinentes y le diera un diagnóstico.

Dado que no le daban solución y que su brazo izquierdo iba perdiendo movilidad, se dirigió al mencionado Hospital Universitario para poner en conocimiento del Servicio de Otorrinolaringología que aquella operación no salió como ellos le habían dicho y seguía teniendo dolores en el hombro, que incluso le imposibilitaban levantarlo del todo. Desde este Servicio lo remitieron al de Traumatología y ese mismo día (28 de noviembre de 2006) presentó una reclamación en el Hospital. Cuando acudió a este Servicio se quedaron impactados, incluso la Jefa del Servicio de Traumatología le pidió que si le podía sacar unas fotos, y le dijeron que debían remitirlo al Servicio de Neurofisiología para hacerle unas pruebas. Asimismo, señala que con fecha 28 de diciembre de 2006 le dieron el siguiente resultado: atrofia en la porción inferior del trapecio y del esternocleidomastoideo izquierdo, imposibilidad de abducción a expensas de articulación escápulo-torácica, escápula alada, neuropatía del nervio espinal de intensidad severa y neuropatía de rama cervical C5 de intensidad moderada.

El interesado continúa relatando en su solicitud que, con fecha 29 de diciembre de 2006 le remitieron una carta desde el Hospital Universitario en la que le comunican que la operación fue realizada sin ningún tipo de complicación, ni en el acto quirúrgico ni en el postoperatorio inmediato, y que no se le produjo daño alguno.

Por todo ello manifiesta que es su intención denunciar al Servicio de Otorrinolaringología y al propio Hospital por no contrastar a su reclamación e intentar dar una información real de la situación. Añade que ha perdido su trabajo y que se encuentra imposibilitado para seguir ejerciendo su oficio al no poder tener la movilidad normal de su hombro.

II

1. La *reclamación* fue presentada por A.J.P.P., quien ostenta la condición de interesado al pretender el resarcimiento de un daño cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria, que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

Se cumple, por otra parte, la *legitimación pasiva* de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 25 de enero de 2007, en relación con la asistencia sanitaria prestada el 6 de septiembre de 2006, día en que se efectuó la intervención quirúrgica, previo ingreso del reclamante el día anterior, por lo que no puede ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, 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 (LOSC), añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

2. Por lo que se refiere a la *tramitación del procedimiento*, constan las siguientes actuaciones:

La reclamación fue presentada el 25 de enero de 2007 en el Registro General del Servicio Canario de la Salud, iniciándose en esta fecha el procedimiento.

El 5 de marzo de 2007, a la vista de los términos del escrito presentado por el interesado, se le requiere por la Secretaría General a los efectos de que aclare si solicita la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial o bien denunciar que la información recibida no fue veraz. En contestación a este escrito comunica que solicita el inicio del procedimiento citado, cuantificando la indemnización en la cantidad de 120.000 euros.

El 16 de marzo 2007 se remite nuevo escrito al interesado en el que se le comunica el número de expediente, plazo de resolución del procedimiento y efectos del silencio administrativo. Se le requiere además para que proceda a la subsanación de su solicitud mediante la aportación de su DNI, cuantificación de la reclamación si

fuera posible, proposición de prueba de la que pretenda valerse y autorización expresa de acceso a los datos obrantes en su historia clínica por los profesionales que por razón de sus funciones tengan acceso a ella durante la tramitación del procedimiento. El reclamante da cumplimiento a este requerimiento en el plazo concedido al efecto.

El 5 de abril de 2007 se dicta Resolución por la que se admite a trámite la reclamación, se ordena el inicio del procedimiento y se comunica al interesado que con la misma fecha se solicita a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del Servicio en cuyo funcionamiento se ha causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo máximo legal para resolver el procedimiento hasta la recepción del referido informe y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses. Esta Resolución fue notificada el día 24 del mismo mes y año.

El 31 de julio de 2007 el interesado presenta escrito por el que adjunta a la reclamación presentada documentación acreditativa de su calificación como incapacitado permanente en grado de total para la profesión habitual, con fecha 19 de julio de 2007.

Tras requerimientos posteriores de fechas 10 y 28 de diciembre de 2007 y 22 de enero de 2008, el SIP emite informe el 6 de junio de 2008, en el que se estima correcta la asistencia sanitaria prestada. Se adjuntan a este informe copias de las historias clínicas del paciente, correspondientes a su asistencia en el Hospital Universitario de Canarias, en el Hospital V.H. de Barcelona y en el Centro de Salud de La Cuesta, así como los informes emitidos por los Jefes de Servicio de Otorrinolaringología, Traumatología y Neurología del citado Hospital Universitario.

El 16 de junio de 2008 se remite escrito al interesado en el que se solicita la proposición de los medios probatorios de que pretenda valerse, sin que durante el plazo concedido al efecto se llevara a efecto. Se adopta seguidamente, con fecha 8 de agosto de 2008, acuerdo probatorio en el que se incorpora como prueba documental los informes recabados si bien, dado que ya se encuentran incorporados al expediente, no se procede a la apertura de plazo especial para su aportación, ordenándose que se pase al siguiente trámite en el procedimiento.

Este Acuerdo es notificado al reclamante el 20 de agosto de 2008.

El 1 de octubre de 2008 se acuerda la concesión del trámite de audiencia, que fue notificado el siguiente día 9 del mismo mes y año, sin que el interesado presentara alegaciones durante el plazo concedido.

El 8 de enero de 2009 se solicita nuevo informe al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario acerca de la posible relación de causalidad entre los daños alegados y los posibles riesgos advertidos en el consentimiento informado firmado por el paciente antes de someterse a la intervención de extirpación de tumoración cervical. Este informe se emite el siguiente día 12 de febrero.

El 12 de marzo de 2009 se remite copia de este informe al interesado, al propio tiempo que se le concede un nuevo plazo con el fin de que pudiera presentar alegaciones. Notificado este escrito el siguiente día 25, el reclamante solicita el 2 de abril de 2009 ampliación de plazo para la presentación de nueva documentación derivada desde el Hospital V.H. No consta en el expediente que por parte del órgano instructor se acordara esta ampliación, ni que el interesado aportara la documentación señalada en su escrito.

El 5 de mayo de 2009 se elabora Propuesta de Resolución de carácter desestimatorio por la Secretaría del Servicio Canario de la Salud, solicitándose posteriormente el informe del Servicio Jurídico. Este informe, que se emite el 27 de octubre de 2009, estima conforme a Derecho la desestimación de la reclamación que se propone.

Finalmente, el 3 de noviembre de 2009 se elabora la definitiva Propuesta de Resolución, igualmente de carácter desestimatorio, y se recaba el Dictamen de este Consejo.

3. A la vista de las actuaciones practicadas puede considerarse que *se han observado los trámites legal y reglamentariamente previstos*, en especial el trámite de audiencia, pues se ha puesto de manifiesto el expediente al interesado en dos ocasiones al haberse incorporado tras el trámite inicialmente concedido un nuevo informe del Servicio de Otorrinolaringología del que debía tener conocimiento. No obstante, no se ha resuelto el procedimiento dentro del plazo de seis meses legalmente establecido. La demora producida sin embargo no impide la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

III

1. Por lo que se refiere *al fondo del asunto*, de la documentación obrante en el expediente se deriva la siguiente secuencia de hechos, tal como constan en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP):

El reclamante es atendido el 27 de junio de 2006 por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Canarias. Tras la práctica de TAC y PAFF se establece el diagnóstico de quiste braquial.

Ingresa, con carácter programado, el 5 de septiembre de 2006 a fin de practicarse exéresis de tumoración cervical, firmando el consentimiento informado para esta intervención este mismo día.

La intervención se efectúa al día siguiente, sin objetivarse incidencia ni en la hoja quirúrgica ni en la hoja de anestesia. Consta su seguimiento en planta sin incidencias, causando alta hospitalaria el día 8 de septiembre de 2006. Acude a consulta de control el siguiente día 14 del mismo mes, fecha en la que recibe el alta.

En la historia clínica obrante en el Centro de Atención Primaria constan únicamente dos consultas relacionadas con el trámite de incapacidad temporal de fechas 8 de agosto y 25 de septiembre de 2006, ésta última a fin de recoger parte de confirmación. No consta referencia alguna a la patología intervenida.

El 28 de noviembre de 2006 el reclamante acude al Servicio de Otorrinolaringología manifestando dificultad para levantar el brazo y dolor en hombro izquierdo, cursándose interconsulta al Servicio de Traumatología, donde es valorado el 14 de diciembre de 2006 y, bajo el diagnóstico de probable lesión del nervio espinal, se solicitan estudios neurofisiológicos. A la vista de los resultados, el 11 de enero de 2007 se cursa traslado del paciente al Hospital de Barcelona V.H., Unidad de Plexo Braquial, a fin de valorar la posibilidad de cirugía.

El paciente es valorado en el Centro de Barcelona en las fechas 13 de febrero y 27 de marzo de 2007. En la última consulta se describe: axonotmesis completa del nervio espinal izquierdo, sin signos de reinervación. Resto de músculos explorados (deltoides, supraespinoso, infraespinoso, elevador de la escápula, romboides, serrato anterior) prácticamente normales. En opinión del facultativo, no compensa las condiciones de la cirugía para sanar defecto que es muy bien tolerado.

2. Durante la instrucción del procedimiento se emitieron los siguientes *informes* por parte de los diversos facultativos que atendieron al paciente en el Hospital Universitario de Canarias:

A. El Jefe de Servicio de Traumatología informa que el paciente fue remitido desde el Servicio de Otorrinolaringología por presentar a la exploración física atrofia de la musculatura de la porción inferior del músculo trapecio y esternocleidomastoideo del mismo lado y que le imposibilitaba la abducción del hombro, así como atrofia de la musculatura de la escápula. Indica que el estudio neurofisiológico realizado con fecha 28 de diciembre de 2006 mostró una neuropatía del nervio cervical accesorio de intensidad severa, así como de la raíz cervical C5, por lo que con fecha 11 de enero de 2007 se decidió enviar al paciente a una Unidad Especializada en plexo cervical y braquial del Hospital V.H. de Barcelona.

B. El Jefe de Servicio de Neurología se limita a adjuntar el informe de estudio EMG-ENG realizado el 28 de diciembre de 2006, considerando que no es preciso informe posterior al realizado en esa fecha. El estudio neurofisiológico indica un resultado sugestivo de neuropatía del nervio cervical accesorio (espinal) de intensidad severa, con signos de actividad denervativa aguda en el momento de la exploración, así como neuropatía en rama cervical C5-nervio supraescapular y romboides, de intensidad moderada con signos de actividad denervativa aguda en el momento de la exploración.

C. El Jefe de Servicio de Otorrinolaringología, tras detallar el resultado de las pruebas diagnósticas practicadas (TAC y Eco-Paff), indica que el paciente fue diagnosticado de quiste cervical sobreinfectado con compromiso yugulocarotídeo, del que es intervenido quirúrgicamente (cervicotomía mayor) el día 6 de septiembre, sin que existiera ninguna complicación, durante el acto quirúrgico no existió manipulación, ni daño en el nervio espinal, ni raíz cervical C5, que anatómicamente se encuentra alejada y fuera del campo quirúrgico. Durante las 48 horas postoperatorias, que el paciente estuvo ingresado en planta, fue valorado cada día por un médico adjunto al Servicio, sin que el paciente refiriera impotencia funcional en hombro izquierdo, ni ésta fuera apreciada a la exploración. Sólo refirió molestias en la zona quirúrgica que después de este tipo de intervenciones se considera dentro de la normalidad. Tampoco durante el ingreso el paciente refirió impotencia funcional a las enfermeras, por lo que debido a su buena evolución clínica se le da el alta hospitalaria. Durante los días sucesivos el paciente acude a consulta a recibir curas. Tras retirar los puntos y comentar el resultado de la anatomía patológica (quiste braquial sin ningún tipo de estructura nerviosa adherida) y sin que el paciente relatara problema alguno referido al cuadro por el que reclama, se le da el alta sin incidencias, el 14 de septiembre de 2006.

En este informe se continúa señalando, que el 28 de noviembre de 2006 el paciente acude a consulta, pidiendo de favor una consulta con el Servicio de Traumatología, refiriendo un problema en el hombro, ya que no había podido conseguir una consulta con su Traumatólogo de Zona, accediendo a su petición a pesar de que hacía mes y medio que había sido dado de alta en el Servicio. Es en ese momento cuando se le diagnostican las lesiones del nervio espinal y C5.

Con base en todo lo relatado, se considera en este informe que no se evidencia relación de causalidad entre la intervención quirúrgica (sin complicaciones) y las lesiones que presenta actualmente el paciente.

D. Las conclusiones del informe del SIP son las siguientes:

Los quistes braquiales son consecuencia del anormal desarrollo embrionario del aparato faríngeo o braquial. Se manifiestan como una masa latero-cervical y el tratamiento debe ser quirúrgico para su extirpación completa. Las estructuras neurovasculares vecinas son: nervio hipogloso, espinal o vago, así como rama marginal del nervio facial y arteria carótida junto a sus ramas y vena yugular interna.

En el documento de consentimiento informado firmado por el paciente consta dentro de las complicaciones más frecuentes "parálisis de los nervios que controlan la movilidad de la parte baja de la cara, de la garganta, del hombro, del diafragma (...). Las complicaciones citadas son fáciles de manejar a excepción de las relacionadas con los nervios motores o sensitivos, en estos casos las secuelas serán permanentes (...)". La afectación del nervio espinal y por tanto del hombro constituye, pues, un riesgo generalizado en este tipo de intervenciones, por lo que en caso de que se produzcan han de ser asumidos por el afectado, porque no pueden ser considerados daños antijurídicos, sino resultado del estado actual de los conocimientos médicos.

La cirugía se efectúa sin objetivarse incidencia ni en la hoja quirúrgica ni en la hoja de anestesia. En el postoperatorio inmediato tampoco se objetiva lesión alguna hasta dos meses y medio después.

En el presente caso nos encontramos ante la materialización de un riesgo de la intervención quirúrgica, del que el paciente había sido informado, habiéndose realizado la intervención según las técnicas habituales, no objetivándose que se produjeran maniobras intempestivas y no habiéndose demostrado en ningún momento que haya existido una incorrecta actuación médica o que no se hubiesen extremado los cuidados debidos. La lesión supone un efecto indeseable de la

intervención, por tracción, elongación, etc, esto no implica necesariamente una mala praxis por parte del facultativo que la llevó a cabo.

Se concluye que no se ha acreditado que la complicación, subsiguiente a aquella intervención, fuera debida a alguna actuación deficiente o contraproducente de los servicios sanitarios públicos, sino que se describe lo ocurrido como una posible consecuencia, sin causa determinada, que no implica defecto alguno en la prestación sanitaria, aun cuando se haya producido como consecuencia de ésta, el resultado no deseable de su propio cuadro.

E. Finalmente, en el segundo informe emitido por el Jefe de Servicio de Otorrinolaringología se añade que el paciente fue advertido de las posibles complicaciones en relación a lesiones sobre nervios motores y sensitivos y se reitera que el afectado, a pesar de saber las posibles complicaciones y sus repercusiones clínicas con los signos y síntomas que se podrían producir, en ningún momento del postoperatorio inmediato, ni en la revisión se constató que hubiera ninguna complicación. De hecho el paciente fue dado de alta del Servicio sin secuelas de ningún tipo, ya que en las revisiones nunca se notó nada anormal.

Se señala además que cuando se produce un daño sobre un trayecto nervioso, ya sea motor o sensitivo, los síntomas son inmediatos, en forma de parestesias, hipoestесias o anestesia en el caso de nervios encargados de la sensibilidad; o en el caso de los nervios motores, déficit de movilidad en diferente grado y por consiguiente en la funcionalidad del grupo muscular y de la función que desempeñan, que en el caso que nos ocupa no debe pasar desapercibida al paciente ya que en consentimiento se le dice que puede tener problemas motores en el hombro. Es más, en el postoperatorio tardío (de una semana a 15 días) no se produjo ninguna inflamación de la zona que justificara una lesión por compresión tardía sobre el nervio, que justifique los síntomas posteriores, que el paciente relata el 28 de noviembre de 2006, meses después de la intervención. No parece, por lo tanto, estar en relación con el proceso quirúrgico, al que se pretende atribuir el déficit motor que el paciente reclama. Incluso en el estudio neurofisiológico se evidencia una lesión de la raíz C5 de intensidad moderada, que se encuentra fuera del campo quirúrgico, lo que invita a pensar que las lesiones no están en relación con la intervención practicada.

IV

1. La *Propuesta de Resolución desestima* la reclamación presentada al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración. De acuerdo con lo expresado en sus Fundamentos, no concurre el requisito de la antijuridicidad del daño, al haber firmado el reclamante el documento de consentimiento informado en relación con la intervención quirúrgica practicada en el que constaba el riesgo de parálisis de los nervios y que fue asumido por él. Se añade a ello, que no se ha acreditado que la actuación sanitaria fuera deficiente o incorrecta.

2. El *análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución* requiere determinar la efectiva adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* en cuanto a los tratamientos y técnicas empleadas.

Como acaba de señalarse, la Propuesta de Resolución sostiene que el acto médico realizado fue correcto, tanto porque la técnica empleada resultaba indicada como porque no se ha acreditado que su práctica no lo fuera en las debidas condiciones.

Esta afirmación se considera justificada a la vista de los informes obrantes en el expediente, de los que resulta que el tratamiento de la enfermedad padecida por el reclamante debe ser quirúrgico para lograr su extirpación completa, sin que, por otra parte, el interesado haya cuestionado en ningún momento la idoneidad de la técnica empleada, sobre la que tuvo información, según consta en el expediente a través del documento de consentimiento informado.

Tampoco se ha acreditado por el interesado que la cervicotomía mayor se hubiera practicado de forma contraria a la *lex artis*, produciéndose una actuación deficiente del servicio sanitario, sino que, al contrario y según señala el informe del Jefe de Servicio de Otorrinolaringología, no existió ninguna complicación durante el acto quirúrgico, ni en el postoperatorio inmediato. Extremo éste que se corrobora por el SIP, que además indica que la intervención se realizó según las técnicas habituales, no objetivándose que se produjeran maniobras intempestivas, ni una incorrecta actuación médica. No consta, pues, en el expediente ninguna prueba de que la intervención practicada no fuera la indicada para tratar la patología sufrida por el reclamante, ni se han objetivado daños derivados de una supuesta mala praxis.

Se ha acreditado, por otra parte, en el expediente, por medio del estudio neurofisiológico practicado en el Hospital Universitario de Canarias y las pruebas

diagnósticas realizadas en el Hospital Vall d'Hebrón, que el reclamante padece una lesión del nervio espinal izquierdo (axonotmesis completa del nervio espinal izquierdo, sin signos de reinervación), que aquél considera consecuencia de la intervención quirúrgica.

El Servicio de Otorrinolaringología sostiene que la lesión padecida no deriva de la intervención practicada. Se basa esta afirmación en las circunstancias de que durante el acto quirúrgico no se produjo ninguna complicación ni existió manipulación, ni daño en el nervio espinal, ni en la raíz cervical C5, que anatómicamente se encuentra alejada y fuera del campo quirúrgico. Tampoco durante las 48 horas postoperatorias, en las que el paciente permaneció ingresado, éste manifestó impotencia funcional en hombro izquierdo, ni fue apreciada a la exploración por los facultativos que lo atendieron. Finalmente, durante los días sucesivos en los que el paciente acudió consulta a recibir curas, hasta que fue dado de alta el día 14 de septiembre de 2006, no relató problema alguno referido al cuadro por el que reclama. De hecho, se indica, el paciente fue dado de alta del Servicio sin secuelas de ningún tipo, ya que en las revisiones nunca se notó nada anormal.

Se señala, además, que cuando se produce un daño sobre un trayecto nervioso, ya sea motor o sensitivo, los síntomas son inmediatos, en forma de parestesias, hipoestesias o anestesia en el caso de nervios encargados de la sensibilidad; o en el caso de los nervios motores, déficit de movilidad en diferente grado y, por consiguiente, en la funcionalidad del grupo muscular y de la función que desempeñan, que en el caso que nos ocupa no debe pasar desapercibida al paciente, ya que en el consentimiento informado se le dice que puede tener problemas motores en el hombro. Es más, en el postoperatorio tardío (de una semana a 15 días) no se produjo ninguna inflamación de la zona, que justificara una lesión por compresión tardía sobre el nervio que justifique los síntomas posteriores, que el paciente relata el 28 de noviembre de 2006, meses después de la intervención. Por lo tanto, el déficit motor que el paciente reclama no parece estar en relación con el proceso quirúrgico, al que se pretende atribuir. Incluso en el estudio neurofisiológico se evidencia una lesión de la raíz C5 de intensidad moderada, que se encuentra alejada y fuera del campo quirúrgico, lo que invita a pensar que las lesiones no están en relación con la intervención practicada.

En definitiva, los informes existentes sobre el desarrollo y circunstancias de la operación realizada, aunque el del SIP no sea totalmente coincidente, permiten

considerar que la desestimación de la reclamación es conforme a Derecho, en cuanto que, como señala el informe del Servicio de Otorrinolaringología, las lesiones nerviosas o el déficit motor no son secuelas de la intervención, sin acreditarse o aun deducirse conexión objetiva entre éstos y aquélla, por lo que no hay relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño por el que se reclama.

3. Sin embargo, no procede el argumento adicional, realizado por el SIP, de que no cabe exigir responsabilidad porque el daño en cuestión no es lesión antijurídica, pues, habiéndose generado por la operación, ha de asumirla el interesado al ser la plasmación de un riesgo consentido por él al recogerse la lesión del nervio espinal en el documento del consentimiento informado.

Ante todo porque resulta contradictorio afirmar que la operación se realiza de modo plenamente correcto, sin problemas o incidencias en ella o en el postoperatorio, y, al tiempo, que se produce el daño referido, sin explicación al respecto; máxime cuando los especialistas intervinientes informaron que el daño no ha ocurrido en la operación, realizándola, como se dijo, de modo profesional y coherente, tanto respecto a la propia intervención, como a lo observado después de efectuada.

Pero, además, porque la producción del daño, aunque sea un riesgo advertido al interesado como posible secuela de la operación, debe estar justificada, sin que se produzca sin más o sin razón médica para ello; esto es, ha de ocurrir por necesidad inherente a la operación a practicar o como consecuencia inevitable de ésta dadas las circunstancias o dificultades existentes en su práctica.

En realidad, de haber acontecido esta circunstancia, habría responsabilidad de la Administración no sólo porque no hay justificación alguna al efecto, siendo el daño muy considerable e incluso desproporcionado, sino porque se lesiona, de modo esencial, una vértebra ajena a la intervención y, reconocidamente, fuera del campo operatorio y no únicamente el nervio espinal. Lo que no es el caso, precisamente porque las lesiones nerviosas, luego aparecidas, no se acredita que sean consecuencia de la operación realizada.

C O N C L U S I Ó N

Procede desestimar la reclamación presentada, siendo en tal sentido jurídicamente correcta la Propuesta resolutoria, en base únicamente, a las razones

expuestas en este Dictamen y no por efecto del consentimiento informado, aducido erróneamente en ella.