



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 7 1 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 22 de mayo de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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. 137/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 6 de marzo de 2014, por (...), en el que reclama ser indemnizada por los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del SCS.

2. Pese a que la interesada no cuantifica la reclamación patrimonial, de ser estimada la indemnización superaría la cantidad de 6.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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.

5. Conforme al art. 13.3 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 de la LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a los interesados, impidan un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

II

1. La interesada funda su reclamación en el siguiente relato fáctico:

- El día 7 de febrero de 2013 entra en Urgencias del Hospital Insular con mucho dolor lumbar y tirando a las piernas, sobre todo del derecho que es el que siempre había tenido más afectado. Le realizan una resonancia magnética de las lumbares. Sobre la una de la madrugada se presenta el Dr. (...) con el Dr. (...) y valoran la resonancia y le comunican que la dejarán ingresada para una intervención quirúrgica. Al día siguiente la suben a planta pese a que seguía con dolor que con la medicación iba soportando.

- No recuerda el día exacto que el Dr. (...) entró en su habitación y le explico la operación, le dijo que tenía las tres últimas vertebrae afectadas y que habría que

colocar 6 tornillos y unas barras para sujetar las vértebras. Seguía esperando para ser sometida a la operación y el Dr. (...) le comunica que la operaran el 22 de febrero de 2013 a primera hora junto al Dr. (...) El miércoles día 20 de febrero de 2013 se presenta a primera hora de la mañana en la habitación el Dr. (...) la despierta y le dice que si quiere operarse ese día ya que se canceló una operación y el quirófano estaba disponible y le digo que sí. Quería recuperarse lo antes posible ya que debido a esa dolencia había perdido el trabajo que es conductora de guagua. Se marcha de la habitación y vuelve a entrar con unos papeles el cual le dice que firme y le pregunta si no tiene que leer y él me dice que no se preocupe y firma.

- Ese día fue operada y la subieron a planta, le dolían muchísimos las piernas pero le dijeron que eso era normal. Los días siguientes no fueron mucho mejor ya que tenía vómitos y mareos, le pusieron Cefazolina que tuvo una reacción alérgica se puso toda roja, casi no podía respirar y le llegó hasta quemar sus partes íntimas, por suerte la enfermera estaba allí y le quito todo enseguida.

- El viernes el Dr. (...) llega a su habitación a primera hora y le ayuda a incorporarse y empieza a caminar con dolor pero camina y le dice que la nalga sigue engomada a lo que él responde que es normal que se le quitará poco a poco.

- El domingo le da el alta el Dr. (...) y unas pautas a seguir que fueron que caminara en casa sólo para ir al aseo y que el jueves fuera a quitarse los puntos a su centro de salud y una vez quitados los puntos podría caminar poco a poco en llano. Siguió todos los pasos que le dijo, tenía mucha debilidad muscular por lo que no podía caminar mucho.

- Al mes va a su consulta y le dice que le duele la espalda y que tiene la zona inflamada y le dice que la cicatriz estaba bien y que volviera a consulta en 10 días y así lo hizo y aunque se seguía quejando de dolores, le dijo que la inflamación de la zona podía ser debido a la musculatura y que su operación estaba bien (sólo había colocado 4 tornillos en L4-L5), pensando que era lo correcto ya que él era el médico. Le manda ese día un corsé semirrígido lo que en realidad le aliviaba bastante la espalda cuando caminaba.

- Al siguiente mes va a verle otra vez y ya el dolor era muy similar al que había sufrido antes de la operación por lo que él le dijo que podía tener otra hernia, contentándole que no era otra que ya estaba ahí pero él no dijo nada y le mando hacer una resonancia.

- En mayo le realizó la resonancia magnética y va a final de mes a recoger los resultado y le dice que efectivamente tenía que volver hacer intervenida de L5-S1 (colocar dos tornillos más en la vértebra S1, quitar las barras y colocar otras más largas) a lo que le contestó lo que le dijo el Dr. (...) y el Dr. (...) sobre su operación y el seguía sin decir nada solo que su intervención estaba bien, y le agarró la mano y le dijo que lo sentía (realmente no sabía muy bien por qué ya que estaba llorando por haber pasado por un quirófano con lo que ello conlleva con mal resultado). Le dijo que no se preocupara que en 15 días la volverían a llamar para operarse, respondiendo que necesitaba recuperarse lo antes posible porque tenía que trabajar ya que tenía obligaciones y que lo único que estaba cobrando era una ayuda.

- Le realizaron otra resonancia en agosto y sigue esperando a día 05/03/2014 a que la llamen para operarse por una falsa promesa y un mal hacer de un neurocirujano. Casi no sale de casa cuando le dan las crisis fuertes que tiene que ir a urgencia a pincharse y pasar muchos dolores ya no solo los de la pierna sino los de la espalda que moverse en la cama cuando duerme es despertarse. No puede tomar antiinflamatorios ya que debido a tanta medicación le ha destrozado el estómago. Solo toma Nolotil, paracetamol y Adolonta. Se he gastado dinero en un médico particular a ver si había alguna forma de paliar los dolores con resultados negativos. Tiene 32 años y lleva casi 2 años así entre esperando y al final que la operan para nada porque sigue igual o peor. Ha puesto reclamaciones que ya ni siquiera le contestan. El Dr. (...) ya ni siquiera está en el Hospital Insular y sigue esperando una operación que no llega por un error a su entender del neurocirujano. Es joven y cree que merece otra calidad de vida, se quedó sin ayuda en junio de 2014. Está mal tanto física como psicológicamente debido al casi encierro involuntario al que está sometida para no tener dolores mayores.

- Pone esta reclamación cansada de falsas esperanzas y porque económicamente está mal y cree que se ha cometido una negligencia médica que tendrán que valorar para ello aporta todas las resonancias, informe médico y parte del último mes de urgencia.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la historia médica y de los informes médicos obrantes en el expediente, hace el siguiente relato de los hechos por los que se reclama:

- La reclamante tras ser vista en consultas externas de Neurocirugía, es derivada al Servicio de Urgencias de Hospital Universitario Insular el 6 de febrero de 2013 por lumbociática invalidante a fin de practicar resonancia magnética. Una vez realizadas

las pruebas diagnósticas, se determina la necesidad de practicar intervención quirúrgica por Neurocirugía, pasando a planta de hospitalización al día siguiente.

En el resultado de la resonancia practicada en la Clínica (...), consta afectación de dos interespacios: L4-L5 y L5-S1. Existiendo en el nivel L4-L5 compresión de la raíz izquierda. En L5-S1 estenosis de canal izquierdo.

El 8 de febrero por parte de los neurocirujanos (...) y (...) se solicita interconsulta a cardiología prequirúrgica, donde consta como diagnóstico «Espondilolistesis L4-L5».

El 14 de febrero se realiza preoperatorio y valoración por anestesta siendo el diagnóstico que figura en dicha asistencia: «Espondilolistesis L4-L5». Consta firmado documento de consentimiento informado para anestesia.

- Existe suscrito por la reclamante documento de consentimiento informado para cirugía de columna vertebral lumbar a nivel de L4-L5.

Clínicamente la situación orientaba a que fuese la afectación a ese nivel la que producía la clínica principal. El objetivo de la cirugía es la remisión del dolor mediante la estabilización de la vértebra listésica, por lo que en quirófano se planteó tratar prioritariamente el interespacio que se supone responsable de la clínica (L4-L5). La artrodesis se debe limitar a las vértebras mínimas indispensables puesto que cuantas menos vértebras se asocien más fácil es que la artrodesis sea estable.

En dicho documento de consentimiento informado consta la posibilidad de persistencia de los dolores, que ante hallazgos imprevistos se pueda tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente y por otra parte señala dicho documento que en este tipo de intervenciones, existe la posibilidad de volver a intervenir (2,8-11 %).

Alrededor de las 10:15 horas del día 20 de febrero de 2013 la reclamante se encuentra en quirófano y se inicia la cirugía programada a las 11:00 h. Entre los hallazgos consta la presencia de hernia discal L4-L5 derecha y tejido de pseudoartrosis derecha, realizando el procedimiento quirúrgico sobre el interespacio L4-L5, con discectomía y artrodesis percutánea mediante fusión intersomática a ese nivel. Durante la cirugía se valora en directo la estabilidad de la columna.

Pasa a la Unidad de Reanimación Postanestésica desde las 14:30 horas hasta las 16:30 h. Causa alta hospitalaria el día 24 de febrero de 2013.

- En revisiones posteriores se efectuaron las pruebas pertinentes: Resonancia magnética los días 15.05.13 y 05.08.13, que descartaron complicaciones del material implantado y del procedimiento realizado.

No obstante, al persistir sintomatología dolorosa, observando cambios degenerativos a nivel L5-S1 (osteocondrosis) y protusión discal se propone nueva cirugía que comprenda este interespacio.

En diciembre de 2013 se practica preoperatorio y el 9 de mayo de 2014 se somete a cirugía por discopatía en L5-S1 a fin de practicar foraminotomía y artrodesis L5-S1. Causa alta hospitalaria el 13.05.14.

- El 12.11.14 por Neurocirugía es remitida a la Unidad del Dolor por radiculopatía postquirúrgica. Desde el 4 de febrero de 2015 sigue controles en la Unidad del Dolor crónico por síndrome de espalda fallida.

En consulta de Unidad del dolor de 07.04.15 consta: Molestias lumbares con parestias en territorio S1. Electromiograma con radiculopatía S1 crónica derecha leve, sin actividad denervativa.

Inicialmente se practican bloqueos epidurales y posteriormente se coloca neuroestimulador en septiembre de 2015 con mejoría del dolor radicular.

El síndrome de cirugía fallida de espalda se define como el dolor lumbar de origen desconocido, que persiste o aparece después de una intervención quirúrgica de la columna, realizada con la intención de tratar un dolor localizado originalmente en la misma zona.

- Artrodesis consiste en fusionar dos o más vértebras, de modo que con el tiempo se conviertan en un sólo hueso sólido, se realiza para corregir la inestabilidad de la columna vertebral. La artrodesis lumbar, al fijar un segmento de la columna, conlleva necesariamente una incapacidad para realizar determinados trabajos que requieran movilidad del raquis lumbar, entre ellos para el conductor profesional, cuyo ejercicio presenta un alto índice de prevalencia para trastornos dorsolumbares.

- Concluye con que es muy frecuente encontrar en la patología de raquis a pacientes que presentan afectación en varios espacios discales cervicales o lumbares, pero desde el punto de vista neuroquirúrgico hay que establecer muy claramente cuáles son aquellos que originando sintomatología son subsidiarios de intervención quirúrgica y, aunque tenía dos espacios afectados, la prioridad recaía sobre el L4-L5 como así se hizo, por lo que entiende que no ha habido infracción de la *lex artis ad hoc*.

3. En el trámite de audiencia la interesada alega que firmó el consentimiento para la operación «cuando siempre he reiterado que se me indicó dónde debía de firmar y nunca se le dejó leer nada».

También reitera el relato de los hechos tal y como los expuso en su escrito de reclamación, e insiste en que siempre le indicaron que las vértebras afectadas fueron las L4-L5 L5-S1 y que así en la resonancia consta.

Señala que ha leído el informe del Dr. (...) en el que dice que toma la decisión de operar solo L4-L5. «Sé que existe un porcentaje de que algo salga mal; pero de lo que se queja es de que se da cuenta que no mejora y sigue diciendo que camine, hasta que le manda a hacer una resonancia y ve que hay que volver a intervenir la L5-S1. Ya que ha habido según él y el informe del inspector médico esta complicación la cual hay posibilidad, por qué no toma la decisión de operar lo antes posible para que no se dañe más el nervio afectado, y si él pensaba que el daño estaba en esa vertebra ante la duda no es mejor mandar hacerme un electromiograma para saber qué nervio era el que estaba comprometido, antes de intervenir y tomar él la decisión».

Indica también en su escrito de alegaciones que se ha quedado con una radiculopatía debido a lo que tardaron de una operación a otra; ese nervio estaba demasiado comprimido según palabras textuales del Dr. (...) cuando abrió y vio cómo estaba.

«Siempre ha oído que una columna cuanto menos intervenciones tiene más éxito puede tener la operación, lo que no es normal es que se tenga que operar dos veces por el criterio de un neurocirujano el cual en el mismo informe de alta que le dan el febrero del 2013 consta que mi daño es en la L5-S1».

Finaliza indicando que por lo que reclama es por el dolor de su pierna; sabe que después de una operación así, podía tener molestias lumbares, pero también reclama por el exceso de tiempo de una intervención a otra y la radiculopatía crónica. Indica que si el Dr. (...) hubiera obrado correctamente, no estaría a día de hoy en esta situación.

4. La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación formulada por la interesada en solicitud de indemnización por la asistencia sanitaria que le fue prestada al estimar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. La interesada reclama porque entiende que la deficiente prestación del servicio sanitario, concretada tanto en no operar en la primera intervención la L5-S1, como en la tardanza de realizar la segunda operación, le provocó una radiculopatía crónica.

En definitiva, alega que los daños sufridos fueron consecuencia de una mala praxis sanitaria.

2. Este Consejo ha venido recordando reiteradamente cómo la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 11 abril 2014, resume la doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«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 esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad 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” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Conforme a tal jurisprudencia del Tribunal Supremo, acogida por este Consejo en todos los pronunciamientos de esa misma naturaleza, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud

radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

Para la mejor comprensión de esta doctrina, se ha de recordar que la *lex artis ad hoc* es definida jurisprudencialmente de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 y 29 de junio de 1990, expresaron: “que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada *lex artis ad hoc*, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional», y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por *lex artis ad hoc*, como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal *lex* implica una regla de medición, a tenor

de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la «lex» es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto *ad hoc*: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha «lex artis»; así como en toda profesión rige una «lex artis» que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa *lex*, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991)". STS de 26 marzo de 2004».

3. En el presente caso, consta acreditado que a la reclamante se le prestó en todo momento la asistencia que requería, concretada a su ingreso en Urgencias del Hospital Insular (febrero 2013); en analíticas, exploración física y Rx. de tórax; en Clínica (...) (febrero 2013) resonancia magnética; la primera intervención quirúrgica fue realizada el 20 de febrero de 2013; posteriormente, se le realizaron nuevas resonancias magnéticas en mayo y agosto de 2013; finalmente, fue precisa una segunda intervención quirúrgica, realizada en mayo de 2014.

También obra en el expediente el consentimiento informado firmado por la reclamante en el que consta la posibilidad de persistencia de los dolores, que ante hallazgos imprevistos se pueda tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente y que en este tipo de intervenciones existe la posibilidad de volver a intervenir (2,8-11 %).

La interesada niega que, pese a firmar dicho documento, fuera informada de las posibles consecuencias de la primera intervención, pero no aporta ninguna prueba ni de tal afirmación, ni de que la asistencia recibida sea la causa de los daños que sufre.

Como hemos razonado en nuestros Dictámenes 20/2017, de 24 de enero y 97/2017, de 23 de marzo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, a tenor del art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de

reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica.

Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts. 6.1, 12.2 y 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Sin la prueba, no es posible considerar probado ningún extremo con base únicamente en la mera afirmación de la reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC), por lo que se ha de desestimar su pretensión.

4. En este caso, además, es de aplicación lo manifestado por este Consejo Consultivo de forma reiterada en relación con la «prohibición de regreso» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial (por todos DDCC 374/2015 y 85/2016), que al respecto sigue la Jurisprudencia del Tribunal Supremo:

«Así, por ejemplo en la Sentencia 8/2010 de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que: "(...) sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los *topoi* (reglas) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)».

Esta doctrina es aplicable al supuesto sobre el que se dictamina, puesto que no se ha demostrado -todo lo contrario- que si se hubiera operado en un primer momento también las vértebras L5-S1 se hubiera evitado la radiculopatía crónica que sufre la reclamante. Por ello, tampoco existe relación causal entre dicha secuela y la asistencia prestada, ya que se actuó siempre conforme a *lex artis*.

En conclusión, la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho.