



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 6 2 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de octubre de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria 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. 329/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El interesado en este procedimiento solicita una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero 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). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

II

1. (...) formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Expone en su escrito inicial, entre otros extremos, lo siguiente:

- Con fecha 28 de diciembre de 2011 su médico de cabecera lo remitió con carácter urgente a la consulta de traumatología por presentar cervicalgia, omalgia bilateral, parestesias tercer, cuarto y quinto dedo de la mano derecha, dolor primera MCF mano izquierda, coxalgia y ciatalgia izquierda, que no cedían con el tratamiento.

- Recibida la interconsulta, el traumatólogo estima que la situación no reviste carácter de urgente e indica consulta para después del 15 de febrero sin forzar. Finalmente se le da consulta para el 19 de junio de 2012.

- Continuando con los mismos síntomas, que se iban exarcerbando con el tiempo, acude de nuevo a su médico de cabecera, quien tras observar su gravedad vuelve a solicitar consulta a traumatología, en fechas 29 de febrero y 9 de marzo de 2012.

- El 20 de abril de 2012 acude nuevamente a su médico de cabecera y al ver el grado de los síntomas y la urgencia de ser tratado, lo remite con carácter urgente al neurólogo de zona, quien lo atiende el 23 de abril.

- El Neurólogo del Centro de Atención Especializada lo remite al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) para ser atendido por neurólogo de guardia, por sospecha de síndrome piramidal bilateral y síndrome hemisensitivo izquierdo.

- Tras valoración en el Servicio de Urgencias del HUC, es ingresado en planta con diagnóstico de mielopatía cervical compresiva y se solicita interconsulta al Servicio de Neurocirugía.

- El 27 de abril se le traslada a planta de neurocirugía, ya que se comprueba que la mielopatía cervical venía provocada por la hernia discal que afectaba a la C5 y C6,

siendo intervenido quirúrgicamente el día 30 de abril, permaneciendo ingresado hasta el 2 de mayo.

- Tras la intervención, el resultado quirúrgico de descompresión resulta satisfactorio, si bien presenta clínica neurológica deficitaria de forma establecida, por lo que el 14 de junio de 2012 se solicita tratamiento rehabilitador.

El reclamante considera que como consecuencia de la tardía o casi nula actuación del equipo de traumatología, al que el médico de cabecera solicitó una valoración con carácter urgente, presenta como secuelas una paresia incapacitante de ambas manos y nula habilidad manual para cualquier tipo de actividad física o laboral, precisando ayuda familiar o de terceros para las actividades de la vida diaria.

Solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 164.778,88 euros, en la que incluye la valoración de los días impeditivos, con y sin estancia hospitalaria, así como las secuelas padecidas.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, al alegar daños personales como consecuencia de la actividad sanitaria, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

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.

3. La reclamación ha sido presentada el 4 de enero de 2013, sin que se hubieran determinado en este momento el alcance de las secuelas, por lo que no resulta extemporánea, al haber sido presentada antes del transcurso del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. 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, 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.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 8 de enero de 2013 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar al interesado que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 26 de abril de 2016 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica del reclamante obrante en el Hospital Universitario de Canarias (HUC), así como en el correspondiente Centro de Salud. Se adjuntan asimismo los informes de los Servicios de Neurología, Neurocirugía y Traumatología del referido HUC, que atendieron al paciente.

Consta también en el expediente que el 17 de abril de 2017 se requiere al interesado para que concrete el personal sanitario cuya toma de declaración solicitó en su escrito inicial, procediendo a su identificación, lo que no llevó a efecto. Se dicta seguidamente acuerdo probatorio, con fecha 23 de junio, en el que se aceptó la prueba documental propuesta por el reclamante en su escrito inicial y se incorporaron los informes y documentación recabados por la Administración.

En esta misma fecha se concede trámite de audiencia al interesado (art. 11 RPAPRP), que presenta alegaciones en el plazo concedido al efecto en las que reitera lo manifestado en su escrito inicial.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, es preciso tener en cuenta los siguientes antecedentes que resultan relevantes:

- Con fecha 28 de diciembre de 2011 es valorado por su médico de cabecera por cervicalgia, omalgia, parestesias del tercer, cuarto y quinto dedo de la mano derecha, dolor en primer metacarpofalángica en mano izquierda y cialgia izquierda que no ceden al tratamiento. Se solicita radiología cervical con cita preferente y valoración por Traumatología con carácter urgente. Se emite diagnóstico de cervicalgia.

El traumatólogo estima la petición como no urgente y registra que se le cita para el 15 de febrero de 2012. Se da cita finalmente para junio de 2012.

- El 29 de febrero de 2012 acude a su médico del Centro de Salud. Habiendo perdido la cita con Radiología, se solicitan RX cervical AP y lateral, para ser valoradas por Traumatología. En interconsulta se registra: «paciente que ya estuvo en su consulta por dolores crónicos articulares generalizados» Juicio diagnóstico: dolor crónico.

- Con fecha 9 de marzo de 2012 el médico de cabecera vuelve a remitirlo al traumatólogo: «paciente que trae RX indicados, se queja de dolores intensos en la manos donde ha perdido la fuerza, los objetos se le caen, dolores insoportables, no ceden con analgésicos ni antiinflamatorios, por favor, ruego su valoración, juicio diagnóstico: poliartralgias».

- El 18 de abril de 2012 se realiza nueva petición para Traumatología, y refiere: «acude con pérdida de fuerza en ambas manos pero más importante en mano izquierda con temblor e imposibilidad para abrirla», solicitud urgente. El día 20 del mismo mes, el paciente no puede acudir al traumatólogo por fuerte migraña, sigue mal de las manos y cada día las puede abrir menos (acude su madre en su lugar). La doctora remite el mismo día al paciente al Neurólogo: «pérdida de fuerza en ambas manos pero de forma más importante y brusca en mano izquierda, con temblor e imposibilidad para abrirla tiene hipotrofia eminencias tenares de ambas manos, además y presenta crisis migrañosas de difícil control».

- En consulta de Neurología de 23 de abril de 2012 se valora cuadro de cefaleas que aumenta frecuencia y duración desde hace 15 días. Debilidad en ambas manos e hipotrofia eminencias tenares diagnostica: Síndrome Piramidal bilateral y Síndrome

hemisensitivo izquierdo. Remite al paciente al Servicio de Urgencias hospitalario para valoración neurológica e ingreso si procede.

- Es valorado en el Servicio de Urgencias del HUC por el Servicio de Neurología. «El paciente, con antecedentes de migrañas desde hace años les refiere historia de cefaleas esporádicas durante el último año acompañadas de náuseas, vómitos y sonofobia, abandona el gimnasio por dolor en hombros al levantar pesas hace 1 mes».

En las últimas tres semanas evoluciona a cervicalgia-cefalea y debilidad en miembros superiores con limitación para flexoextensión de dedos y muñecas primero mano derecha y después en izquierda, «todo ello referido en la historia clínica, también se valora hiperreflexia en miembro inferior izquierdo».

- Ingresa en Neurología con sospecha diagnóstica de mielopatía cervical con posible radiculopatía asociada. Se practica RMHN cérvico-dorsal que refleja cambios degenerativos entre C5 y D1, con marcadas herniaciones osteodiscales, y signos físicos de mielopatía compresiva cervicoartrosica en el nivel C5 C6, secundaria a hernia discal cervical C5-C6.

Se traslada al paciente al Servicio de Neurocirugía y consulta preanestésica el día 27 de abril de 2012, programando cirugía de artrodesis cervical anterior C5-C6 para el día 30 del mismo mes y año.

- La intervención transcurre sin incidencias. Postoperatorio con buena evolución inicial. Recibe el alta hospitalaria el día 2 de mayo de 2012. Tras el alta permanece estable. Control ambulatorio, curas de herida quirúrgica en Centro de Salud, se efectúan revisiones por Neurocirugía desde el 14 de junio hasta el 8 de noviembre de 2012. Se considera estabilizado desde el punto de vista neurológico sin empeoramientos.

- Se solicita tratamiento rehabilitador el día 14 de junio de 2012, comenzando el mismo el día 31 de julio del mismo año. Ha habido empeoramiento clínico. Además se queja de dolor lumbar. En RMN lumbar se objetiva discopatía L5-S1 pero al no dar síntomas neurológicos no se recomienda la cirugía lumbar.

- El Neurocirujano emite informe el 8 de noviembre de 2012 en el que constata que el paciente ha evolucionado desde el tratamiento quirúrgico sin llegar a recuperar la habilidad manual y la fuerza en miembros superiores como para poder reintegrarse a su vida laboral habitual, estando previsto continuar el seguimiento periódico en consulta.

- El 29 de noviembre de 2012 el médico rehabilitador escribe en informe a la Unidad del dolor: paciente intervenido en abril de 2012 con artrodesis cervical C5-C6. Buena evolución inicial. Hace 2 meses comienza con dolor intenso cervicobraquial derecho C6-C7, con hormigueos en dedos. En la resonancia magnética no se observa compresión radicular. Actualmente en tratamiento médico y persistencia del dolor. Diagnóstico cervicobraquialgia, debilidad muscular en ambos miembros superiores y parestesias, siendo dificultosa la extensión de los tres últimos dedos de la mano izquierda. Cuando está con tratamiento rehabilitador se encuentra peor. Solicito RM en la que se observa una radiculopatía izquierda, sin cambios significativos en el estudio previo.

El 10 de diciembre se suspende tratamiento rehabilitador. Se trata con neurotin 600/8 h.

El médico rehabilitador remite a la Unidad de Dolor, donde es valorado desde el 14 de enero de 2013, Servicio que continúa el tratamiento de dolor cervicobraquial derecho de unos dos meses de evolución, de características neuropáticas, con adormecimiento y parestesias miembro superior izquierdo sin compresión medular. Además tratamiento de lumbalgia crónica con cialgia izquierda ocasional. La resonancia magnética efectuada al paciente refiere discopatía crónica C3-C7. Se añade tratamiento analgésico y antidepresivo.

- Desde enero de 2013 se realiza seguimiento con la Unidad de Salud Mental por sintomatología ansioso depresiva. El informe del psiquiatra dice textualmente: «el paciente refiere lesiones incapacitantes desde mayo de 2012 tras intervención quirúrgica por mielopatía cervical con importante sintomatología dolorosa secundaria».

Desde entonces el paciente presentó un trastorno mixto ansioso depresivo de tipo adaptativo que requiere medicación antidepresiva.

- El 15 de mayo de 2013 se realiza TAC de columna cervical, en el que se observan cambios degenerativos con discopatía crónica marcada en niveles sobre todo C5-C6 y C6-C7. Resto sin hallazgos significativos. El día 11 de diciembre de 2013 se realiza EMG con unas conclusiones diagnósticas de Radiculopatía cervical en los niveles C6-C7 bilateral.

- Se valora por las pruebas que el proceso cervical sigue un curso progresivo. Persiste control en la Unidad del Dolor, Neurocirugía y Rehabilitación.

2. Aduce el reclamante en este procedimiento que debido a que no fue valorado por el traumatólogo con carácter urgente se produjo un retraso en el diagnóstico de las lesiones que presentaba y, como consecuencia, una posterior demora en el tratamiento. Esta demora entiende que es la causa de las secuelas que padece.

La Propuesta de Resolución sin embargo desestima la reclamación presentada, al considerar que no concurren en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Entiende la Propuesta que se pusieron a disposición del paciente los medios necesarios de acuerdo con la sintomatología que presentaba en cada momento, por lo que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, sin que pueda apreciarse la demora en el diagnóstico y tratamiento que alega el reclamante.

3. Con carácter previo al análisis de la conformidad a Derecho de la propuesta de Resolución, resulta necesario precisar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo, el servicio público de la sanidad se dirige a 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. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados 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.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

Las razones que se acaban de exponer, y que se resumen en que no poseen la cualidad de daños antijurídicos aquellos causados por la propia naturaleza e inevitables por la ciencia médica y que por ende no son indemnizables conforme a los arts. 139.1 y 141.1 LRAJP-PAC, están acogidas, como se adelantó, por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la responsabilidad extracontractual de los servicios públicos de salud. La STS de 9 octubre 2012, entre otras muchas, se expresa en este sentido en los siguientes términos:

«Con relación esta alegación del motivo debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias

conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*».

La aplicación de esta doctrina en el presente caso lleva a considerar que, tal como sostiene la Propuesta de Resolución, la asistencia sanitaria prestada al reclamante fue ajustada a este parámetro de la *lex artis*, pues el paciente recibió atención sanitaria adecuada a los síntomas presentados en cada momento. Se ha acreditado, además, en el expediente que el estado del reclamante se debe a la propia enfermedad padecida, ya que su proceso cervical sigue un curso progresivo.

Así, de los informes médicos obrantes en el expediente resulta acreditado que no se produjo el aludido retraso en la asistencia terapéutica y que las secuelas que padece no son consecuencia de la asistencia sanitaria. Para alcanzar esta conclusión, son relevantes los siguientes datos, en los que resultan coincidentes los informes emitidos, con fundamento en la historia clínica del paciente:

- La primera interconsulta al Servicio de Traumatología se produjo el 28 de diciembre de 2011 por presentar el paciente el señalado cuadro de cervicalgia, coxalgia, ciatalgia izquierdos, omalgia y parestesia en manos. En esta interconsulta no se hizo constar ningún déficit motor que hiciera pensar en un proceso de compresión medular cervical que aconsejara una valoración urgente y tratamiento quirúrgico. A este respecto añade el SIP que, en cualquier caso, de haber sido valorado en ese momento y dados los síntomas que presentaba, el tratamiento hubiese sido para una cervicobraquialgia y no hubiese habido variación en la evolución.

Esta sintomatología neurológica, como informa el Servicio de Traumatología, tampoco constaba en la segunda consulta a su médico de cabecera con fecha 29 de febrero de 2012, en la que únicamente se hace referencia a un juicio diagnóstico de dolor crónico y dolores articulares generalizados.

- La primera constancia en la historia clínica de esta sintomatología neurológica es en fecha 9 de marzo de 2012, cuando presenta una clínica de déficit (pérdida de fuerza en la mano, se le caen los objetos de la misma) que puede ser considerada como un proceso de afectación neurológica. En esta ocasión se remite de nuevo al traumatólogo, lo que se reitera con fecha 18 de abril de 2012. Dos días después, consta en la historia clínica de Atención primaria que el paciente no acudió al traumatólogo por fuerte migraña, si bien la doctora lo remite ese mismo día al Neurólogo por presentar «pérdida de fuerza en ambas manos pero de forma más

importante y brusca en mano izquierda, con temblor e imposibilidad para abrirla tiene hipotrofia eminencias tenares de ambas manos, además y presenta crisis migrañosas de difícil control».

- Según informe de la Jefe de Servicio de Neurología del HUC, el cuadro deficitario referido por el paciente se había instaurado en las 3 semanas previas (a principios de abril) según manifestó el paciente en la anamnesis realizada, haciendo referencia en fechas anteriores al mismo únicamente a sintomatología dolorosa, no acompañada de otros datos que hicieran sospechar afectación medular. Igualmente señala el SIP, en este mismo sentido, que esta conclusión se alcanza también de la lectura de la historia clínica y de los informes de especialistas que intervinieron en el tratamiento del paciente, haciendo referencia a un cuadro neurológico que aumenta en las últimas 2-3 semanas. Por tanto, cuando el paciente fue remitido al Servicio de Traumatología no presentaba estos síntomas de afectación neurológica que justificaran una actuación sanitaria urgente.

- Consta asimismo que, una vez remitido el paciente al Servicio de Neurología, ni el diagnóstico ni el tratamiento sufrieron demora, pues el 23 de abril es observado por neurólogo del Centro de Atención Especializada, que lo remitió para ingreso ese mismo día. El plazo entre dicha valoración y la confirmación diagnóstica fue de otros tres días, llevándose a cabo la valoración neuroquirúrgica en las 24 horas siguientes y la intervención tres días más tarde (30 de abril), es decir, al séptimo día del ingreso (informe de la Jefa de Servicio de Neurología).

- Por último, se ha acreditado también que el estado y evolución del paciente es consecuencia de la propia enfermedad padecida. Resaltan en este sentido los informes médicos que fue diagnosticado de mielopatía cervical secundaria a hernia discal cervical C5-C6, por lo que sufría una afectación ósea que evolucionó a compresión medular. Se trata de un proceso evolutivo que, según indica el SIP, no necesariamente tendría que tener este desencadenamiento clínico, ni en la rapidez del cuadro ni en las secuelas, por lo que pone de manifiesto que cada caso es único. En este paciente, la evolución tras la cirugía fue inicialmente satisfactoria, si bien posteriormente se produjo un empeoramiento, que revela la severidad del proceso, con independencia de la actuación sanitaria realizada (informe del SIP). Por ello se sigue controlando al paciente en la consulta de Neurocirugía y vigilando la necesidad de una nueva intervención quirúrgica. Este empeoramiento progresivo también se

registra en la historia clínica por el médico rehabilitador el día 29 de noviembre de 2013.

En definitiva, las secuelas que padece el paciente no son consecuencia de su alegada tardanza en su diagnóstico y tratamiento por el Servicio de Traumatología, dado que cuando acudió al mismo no presentaba síntomas sugerentes de patología neurológica, que debutaron con posterioridad. Una vez detectados estos síntomas la actuación sanitaria fue asimismo ajustada a la *lex artis*, pues se pusieron a su alcance y sin demora los medios diagnósticos y quirúrgicos que su estado precisaba, sin que las secuelas por las que reclama sean consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, sino de la propia patología padecida.

De ello deriva que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de indemnización formulada por (...), se considera conforme a Derecho.