



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 177/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 16 de mayo de 2019.

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 servicio público sanitario (EXP. 138/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada que asciende a 300.000 euros. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del 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 la cual es aplicable, en virtud de 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 (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

---

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2.d) y la disposición final séptima de la citada LPACAP, el presente procedimiento se rige por 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.

## II

1. El fundamento de la pretensión indemnizatoria descansa en el escrito de reclamación formulado por la interesada. Particularmente, expone las siguientes alegaciones:

«El pasado día 17/07/14 fue ingresada en la Unidad de Raquis derivada del Servicio de Urgencias del mencionado Hospital - Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, (HUGCDR)- por secreción de material seropurulento en relación con intolerancia al material de osteosíntesis de la columna lumbar y en el contexto de una hiperCIFOSIS dorsolumbar.

Tras el ingreso en la Unidad de Raquis se realizó un TAC de la columna (19/07/14), destacándose que existe fractura con colapso del cuerpo vertebral L5 con una severa pérdida de altura mayor del 80% y sin estenosis significativa del canal.

La paciente fue intervenida el día 24/07/2014 realizándose extracción del material de osteosíntesis de la columna lumbar. Tras la intervención quirúrgica se destaca que permaneció estable en los días siguientes en la planta de hospitalización iniciando sedestación.

Como consta en el informe de la Unidad de Raquis la paciente no presentó ninguna incidencia hasta el día 02/08/14 cuando se describe un episodio de hipotensión arterial y paraplejía con nivel sensitivo de en D12. Se realizó estudio de TAC lumbar de manera urgente detectándose fractura traumática transversal del cuerpo vertebral y elementos posteriores de L2, con desplazamiento posterior superior al 80% y estenosis severa del canal a este nivel de 90% aproximadamente. La paciente fue intervenida de forma urgente realizándose descompresión L2 L3 y artrodesis de D12-S1. Posteriormente, fue trasladada a la Unidad de Lesionados Medulares para inicio de tratamiento rehabilitador.

Teniendo en cuenta los resultados del TAC realizado el día 02/08/14 se puede concluir que existe una lesión traumática que causó la sintomatología de la paraplejía aguda que presenta la paciente desde esta fecha.

En el presente caso existe un funcionamiento anormal del servicio sanitario prestado por el Servicio Canario de la Salud, concretado en la incorrecta actuación del personal sanitario y médico del hospital en la que se encontraba ingresada la Sra. de la Fe, ya que todo apunta a que en una de las manipulaciones de la misma, en concreto mientras la misma era movida y/o trasladada, o bien bañada/aseada, sufrió una caída con el resultado de las lesiones que posteriormente se objetivaron en la misma, por lo que no se tomaron las medidas necesarias para garantizar su óptimo cuidado y manipulación, así como la vigilancia de la paciente y donde tampoco se prestaron las medidas necesarias para pronta curación».

2. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, teniendo en cuenta particularmente el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de Salud (SIP), se destacan los siguientes:

- En fecha 8 de junio de 2000, la paciente fue operada, realizándole una artrodesis desde D11 a L4.

- Catorce años después, en fecha 17 de julio de 2014, la paciente de 70 años de edad, ingresó desde el Servicio de Urgencias del HUGCDN, a la Unidad del Raquis, por presentar intolerancia a material de osteosíntesis de la columna lumbar.

Presentó una lesión dorsolumbar con secreción de material seropurulento en relación con intolerancia al material de osteosíntesis y, en el contexto de una hipercifosis dorsolumbar. En la Unidad del Raquis se le pautó y administró antibioterapia empírica, así como pruebas de imagen.

- El día 19 de julio de 2014, los estudios de Imagen realizados fueron: TAC lumbar y Gammagrafía Ósea.

El TAC dio el resultado siguiente: Hernia de hiato, antigua fractura de L5, sin estenosis del canal medular, acuñaamientos vertebrales crónicos D7 y D5 y cambios proliferativos severos de elementos posteriores, de predominio izquierdo con estenosis del canal en D7, y, en menor medida, en D8.

La gammagrafía ósea dio el resultado siguiente: Discreto aumento de actividad en partes blandas a nivel de D11-D12, adyacentes a la artrodesis

- El día 23 de julio de 2014, la paciente firma el documento de Consentimiento Informado para Cirugía del Raquis (GEER).

- El día 24 de julio de 2014, es intervenida quirúrgicamente, y se le extrae material de osteosíntesis. Permaneció estable en la planta de hospitalización, iniciando sedestación.

- Nueve días después, el día 2 de agosto de 2014, la paciente presentó hipotensión arterial y paraplejía. Se realiza TAC dorsolumbar urgente, en el que se evidencia: Fractura de L2 con ocupación de canal y compresión neurológica. Se realizó intervención quirúrgica urgente con descompresión L2-L3, con artrodesis D12-S1. Ingresó en planta de hospitalización el 4 de agosto de 2014.

- Desde el 11 de agosto de 2014 hasta el 20 de agosto de 2014, la paciente estuvo ingresada en UMI por un episodio de Insuficiencia Respiratoria, pasando posteriormente a planta, de nuevo.

- Se decide traslado a la Unidad de Lesionados Medulares para continuar tratamiento rehabilitador en dicha Unidad, controlándose periódicamente, en la Unidad del Raquis.

- El 21 de noviembre de 2014, la paciente acude a control, en consulta externa de la Unidad del Raquis. Acude en silla de ruedas, por presentar neurológicamente: paraplejía completa, sin dolor en columna lumbar ni dorsal, aunque refiere dolor en miembro inferior derecho, al ser movilizada por las mañanas.

- El día 6 de febrero de 2015, a los seis meses de evolución, se realiza Rx de control que indica: Aplastamiento proximal a instrumentación en D11; por ello existió protrusión en la piel de la zona de la instrumentación.

El diagnóstico final fue: Paraplejía a nivel sensitivo en D12, gran Hernia de Hiato, Hipercifosis dorso lumbar, hidrocefalia, osteoporosis severa.

- Un año y 2 meses después, el 21 de abril de 2016, la Unidad de Lesionados Medulares emite Informe Clínico de Consultas Externas, en el que se indica el Juicio Clínico siguiente:

Síndrome de Lesión Medular incompleto motor y sensitivo, a nivel D10. (ASIA C); Vejiga Neurógena; Intestino Neurógeno; EMO artrodesis D11-L4; Fractura osteoporótica L2; Hidrocefalia 2ª a megacisterna ambiens congénita; Osteoporosis severa; Hernia de hiato; Quistes ováricos.

### III

1. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan.

Así, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular el preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) y que está representado por el informe del Jefe de Servicio de Sección de Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

También se solicitó informe al SIP, para que a la vista de la Historia Clínica de la paciente, del escrito de reclamación y de los informes médicos emitidos, analizara la existencia o no de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada a la paciente y la lesión que se aduce.

Por parte del órgano instructor, en período probatorio se acordó admitir la documental propuesta por la reclamante, así como la práctica de las testificales indicadas, con el resultado que obra en las actuaciones, y la documental propuesta por la Administración.

Finalizada la instrucción del procedimiento se abrió el preceptivo trámite de vista del expediente y audiencia, lo cual se notificó a la interesada, presentando alegaciones el 17 de abril de 2018.

Se redactó por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la propuesta de resolución, de sentido desestimatorio de la reclamación, que fue sometida a informe a la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias (aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero). El 7 de diciembre de 2018 se emitió este informe que consideró la propuesta de resolución conforme a Derecho.

Finalmente, el 15 de marzo de 2019 se emitió la Propuesta de Resolución, vencido el plazo resolutorio, sin justificación para ello; no obstante, como se ha dicho, esta demora no impide resolver expresamente.

2. No se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obsten un Dictamen de fondo.

3. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado; sin embargo esta circunstancia 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 LRJAP-LPAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. La reclamante alega que los daños que actualmente padece son debidos a la deficiente asistencia sanitaria recibida por el SCS durante su ingreso en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Perjuicios causados, concretamente, cuando fue trasladada por el personal sanitario para el aseo/baño correspondiente, imputando a estos la responsabilidad de la caída que alegan sufrida, con el resultado de lesión traumática que causó paraplejia aguda que actualmente sufre la afectada.

3. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

Una nutrida jurisprudencia (reiterada en las SSTS -3ª- 29 de enero, 10 de febrero y 9 de marzo de 1998) ha definido los requisitos de éxito de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración en torno a las siguientes proposiciones:

- «A) La acreditación de la realidad del resultado dañoso, "en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas" -;

B) La antijuridicidad de la lesión producida por no concurrir en la persona afectada el deber jurídico de soportar el perjuicio patrimonial producido. La antijuridicidad opera como presupuesto de la imputación del daño.

El criterio se recoge, por todas, en la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000, al interpretar que:

“El título de atribución concurre, así, cuando se aprecia que el sujeto perjudicado no tenía el deber jurídico de soportar el daño (hoy la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común plasma normativamente este requisito al establecer en su artículo 141.1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (...).”). Así puede ocurrir, entre otros supuestos, cuando se aprecia que la actividad administrativa genera un riesgo o un sacrificio especial para una persona o un grupo de personas cuyas consecuencias dañosas no deben ser soportadas por los perjudicados, o cuando del ordenamiento se infiere la existencia de un mandato que impone la asunción de las consecuencias perjudiciales o negativas de la actividad realizada por parte de quien la lleva a cabo”.

C) La imputabilidad a la Administración demandada de la actividad causante del daño o perjuicio. Lo que supone la existencia de un nexo de causalidad entre la actividad administrativa y el perjuicio padecido.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo tiene declarado, desde la sentencia de 27 de octubre de 1998 (RJ 1998, 9460) (recurso de apelación núm. 7269/1992), que el examen de la relación de causalidad inherente a todo caso de responsabilidad extracontractual debe tomar en consideración que:

a) Entre las diversas concepciones con arreglo a las cuales la causalidad puede concebirse, se imponen aquellas que explican el daño por la concurrencia objetiva de factores cuya inexistencia, en hipótesis, hubiera evitado aquél.

b) No son admisibles, en consecuencia, otras perspectivas tendentes a asociar el nexo de causalidad con el factor eficiente, preponderante, socialmente adecuado o exclusivo para producir el resultado dañoso, puesto que válidas como son en otros terrenos irían en éste en contra del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

c) La consideración de hechos que puedan determinar la ruptura del nexo de causalidad, a su vez, debe reservarse para aquellos que comportan fuerza mayor única circunstancia admitida por la ley con efecto excluyente, a los cuales importa añadir la intencionalidad de la víctima en la producción o el padecimiento del daño, o la gravísima negligencia de ésta,

siempre que estas circunstancias hayan sido determinantes de la existencia de la lesión y de la consiguiente obligación de soportarla.

d) Finalmente, el carácter objetivo de la responsabilidad impone que la prueba de la concurrencia de acontecimientos de fuerza mayor o circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficiente para considerar roto el nexo de causalidad corresponda a la Administración, pues no sería objetiva aquella responsabilidad que exigiese demostrar que la Administración que causó el daño procedió con negligencia, ni aquella cuyo reconocimiento estuviera condicionado a probar que quien padeció el perjuicio actuó con prudencia. El Tribunal Supremo en sentencia de fecha 18 de octubre de 2001 la define la *lex artis* como “la técnica, el procedimiento o el saber de una profesión). Este es un criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, que toma en consideración tanto las técnicas habituales, la complejidad y las trascendencia vital de la enfermedad, o la patología así como factores exógenos o endógenos propios de la enfermedad.

D) La salvedad exonerante en los supuestos de fuerza mayor. A este efecto, es doctrina jurisprudencial constante la recogida por la Sala Tercera del Tribunal Supremo en la sentencia de 31 de mayo de 1999, la que establece que fuerza mayor y caso fortuito son unidades jurídicas diferentes:

a) En el caso fortuito hay indeterminación e interioridad; indeterminación porque la causa productora del daño es desconocida (o por decirlo con palabras de la doctrina francesa: “falta de servicio que se ignora”); interioridad, además, del evento en relación con la organización en cuyo seno se produjo el daño, y ello porque está directamente conectado al funcionamiento mismo de la organización. En este sentido, entre otras, la STS de 11 de diciembre de 1974: “evento interno intrínseco, inscrito en el funcionamiento de los servicios públicos, producido por la misma naturaleza, por la misma consistencia de sus elementos, con causa desconocida”.

b) En la fuerza mayor, en cambio, hay determinación irresistible y exterioridad; indeterminación absolutamente irresistible, en primer lugar, es decir aún en el supuesto de que hubiera podido ser prevista; exterioridad, en segundo lugar, lo que es tanto como decir que la causa productora de la lesión ha de ser ajena al servicio y al riesgo que le es propio. En este sentido, por ejemplo, la STS de 23 de mayo de 1986: “Aquellos hechos que, aun siendo previsibles, sean, sin embargo, inevitables, insuperables e irresistibles, siempre que la causa que los motive sea extraña e independiente del sujeto obligado”. En análogo sentido: STS de 19 de abril de 1997 (apelación 1075/1992).Y

E) La sujeción del ejercicio del derecho al requisito temporal de que la reclamación se cause antes del transcurso del año desde el hecho motivador de la responsabilidad».

En relación con la carga de la prueba, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración



económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración.

El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la *lex artis* y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física. En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la *lex artis*, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la, preparación. y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la *lex artis* se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico

y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad. Este límite nos lo proporciona el criterio de la *lex artis*, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico) mientras que en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la *lex artis* se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso.

La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece «El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, “cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *Lex Artis* como modo de determinar cual es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En el caso analizado, se desprende de los documentos obrantes en el expediente que nos encontramos con una paciente que fue ingresada en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín el 17 de julio de 2014 por presentar secreción seropurulenta por intolerancia al material de osteosíntesis, ubicada en herida cutánea en zona de la antigua osteosíntesis de la columna vertebral.

En los antecedentes personales, la paciente había sido intervenida por fractura de la L1-L2, en el año 2000, y que en la actualidad sufre de osteoporosis severa.

Siguiendo las consideraciones vertidas por el SIP en su informe: «en las fases precoces, la lesión ósea osteoporótica puede limitarse a pequeños focos de rarefacción, generalmente en las caras: superior e inferior del cuerpo vertebral afectado, junto a la lámina cartilaginosa; además de osteopenia, así como un ligero pinzamiento del disco intervertebral. A medida que progresa la afección osteoporótica, -recordar que la paciente padece una osteoporosis severa- se observa una destrucción ósea, siendo más aparente en la zona rarefacta.

Puede producirse el hundimiento/aplastamiento/acuñamiento crónico del cuerpo vertebral cuando el tejido esponjoso se halla muy debilitado y en consecuencia -en el caso de la paciente-, el material artificial de osteosíntesis instaurado para la artrodesis realizada en junio del año 2000, pudo sufrir una desviación/descolocación de su emplazamiento, que afectó a los tejidos circundantes en este (caso la piel), provocando intolerancia e inflamación que llegaría a infectarse. Ello obligó al tratamiento de la paciente, mediante antibioterapia empírica».

Por tales razones el SIP considera que de acuerdo con la enfermedad de la paciente ésta era tributaria de una lesión medular, y que a los nueve días de la cirugía aunque no se ocasionara una parálisis irreversible, tras el tratamiento rehabilitador realizado, pudo evolucionar a parálisis incompleta, con movimiento parcial y mayor sensibilidad en ambos miembros inferiores.

El SIP indica también que: «los tejidos óseos de los pacientes osteoporóticos son muy frágiles y pueden surgir/sufrir fracturas espontáneas, sin ni siquiera sufrir un golpe/traumatismo. Por ello no debería considerarse a los servicios asistenciales como los responsables del hecho dañoso reclamado».

Además señala que la patología que padecía la afectada el día 2 de agosto de 2014, se iría manifestando poco a poco sin brusquedad, de manera gradual, y ello hablaría en favor de una instauración progresiva de la fractura L2, por la osteoporosis severa que padece y por ser tributaria -la enferma-, de una fractura antigua en la L2.

4. Asimismo de la documentación clínica de la paciente -informes médicos, observaciones de enfermería, etc (...)-, se ha llegado a acreditar por la administración sanitaria que atendieron a la paciente correctamente en todo momento en atención a la patología diagnosticada y tratada, no desprendiéndose de documento alguno que se haya vulnerado la *lex artis ad hoc*, en el curso de la atención otorgada a la paciente.

Concretamente, en las observaciones de enfermería acerca de la atención médica dispensada el día 31 de julio de 2014 (fecha en la que de la prueba testifical

ha quedado determinada la presunta producción del hecho lesivo) se observa que la paciente fue aseada y curada de su herida quirúrgica, no constatándose nada anormal en las anotaciones de la hojas de observación de enfermería. Así, observamos que la paciente era colaboradora, consciente y orientada; sin embargo, ya el día 1 de agosto de 2014, se encontraba peor y muy postrada.

Por tanto, en relación con la pretendida fractura como consecuencia de una caída durante su ingreso hospitalario alegada por la reclamante, esta no ha llegado a probarse en el presente procedimiento por los interesados. En este sentido ni en la propia reclamación ni a lo largo del expediente administrativo se concreta el mecanismo causal de la supuesta caída, toda vez que la reclamante en momento alguno relata la forma y circunstancias de la misma, pese a que a ella le corresponde la carga de la prueba; tampoco manifestó durante su estancia hospitalaria que hubiese sufrido un traumatismo como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida, y finalmente, las testificales practicadas tampoco arrojan luz respecto a este extremo, puesto que los profesionales sanitarios que la asistieron niegan que se produjera caída alguna o manipulación incorrecta y los familiares no presenciaron el hecho.

Por todo ello se entiende que la fractura en L2 es consecuencia de la osteoporosis severa que sufre la interesada y por tanto desligada de la actuación de los servicios sanitarios, y sin que a ello obste el hecho de que en el informe emitido por el Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología se haga referencia, con criterios de posibilidad, esto es, sin que llegue a afirmarlo con certeza, que la movilización inherente a los cuidados necesarios generados en el post-operatorio: movilizaciones efectuadas, cambios posturales, uso de dispositivos asistentes [grúas, (...)] pueda haber causado la fractura, toda vez que, en el presente caso, dada la osteoporosis severa y los antecedentes de la interesada, aún empleando toda la pericia y cuidados necesarios el resultado hubiera sido el mismo. En este sentido el SIP ha indicado que todas las fracturas antiguas constituyen un riesgo para nuevas fracturas, especialmente si son vértebras y la principal complicación de la osteoporosis es la fractura; y que estas pueden ocurrir sin un traumatismo previo, sino lentamente con el paso del tiempo, y sin que tales extremos hayan sido desvirtuados por algún médico especialista en la materia. Por el contrario, lo que sí queda acreditado de la historia clínica es una fractura anterior de la que era tributaria la paciente, justamente en la L2 y el estado óseo muy debilitado de la misma, que padece una osteoporosis severa, lo que conlleva un tejido óseo muy frágil y susceptible de fracturas sin necesidad de traumatismo previo.

Por lo demás, la afectada firmó el Documento de Consentimiento Informado, mediante el que se indicaba los posibles riesgos de la intervención quirúrgica de urgencia practicada el día 2 de agosto de 2014. Así, en el mencionado Documento se determina la posibilidad de que en el acto operatorio se cause lesión de la medula espinal y ocasione una parálisis irreversible, entre otros riesgos.

5. En conclusión, de la documentación obrante en el expediente no se ha llegado a acreditar el daño alegado por la interesada, sin que haya demostrado la existencia mediante elemento probatorio alguno de un deficiente funcionamiento de la administración sanitaria en relación con la asistencia sanitaria recibida.

Por tanto, al no quedar acreditado el nexo causal requerido para la existencia de responsabilidad de la Administración, observándose por el contrario un funcionamiento del SCS conforme a la *lex artis*, se considera que la reclamación ha de ser desestimada.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.