



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 1 1 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 6 de junio 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 funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 194/2019 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

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. Se considera que, de estimarse la reclamación por los daños alegados, la cuantía debería exceder de 6.000 euros, por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC). Está legitimado para solicitarla el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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.

A la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como 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) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, al haberse iniciado el procedimiento antes de la entrada en vigor de esta Ley.

También son aplicables la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, según relata el interesado en su escrito de reclamación son los siguientes:

- El día 12 de marzo de 2013 se le efectuó una resonancia magnética nuclear (RMN) de columna lumbar, informándosele que presentaba protusión global de los discos intervertebrales L3-L4 y L4-L5 y, de forma más marcada, en el espacio L5-S1, con estenosis del canal medular afectando al del saco dural, sin estenosis de forámenes neurales y, posteriormente, se le practicó electromiograma de miembros inferiores llegándose a la conclusión de que padecía radiculopatía motora crónica en raíces L5 de ambos lados de intensidad muy leve y en S1 izquierdo de intensidad leve, sin signos agudos de denervación.

Por tal razón, los doctores del SCS le recomendaron que se sometiera a una intervención quirúrgica consistente en laminectomía, discectomía y artrodesis transpedicular L4-L5-S1, por lo que se le incluyó en lista de espera quirúrgica.

- El día 28 de agosto de 2013 ingresó en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) y fue intervenido quirúrgicamente, llevándose a cabo la colocación de cuatro tornillos traspediculares en los niveles L4-L5 unidos

mediante barras, fascetectomía total izquierda con descompresión y siendo dado de alta hospitalaria el día 5 de septiembre de 2013.

Sin embargo, se le citó para la primera revisión médica posoperatoria con el neurocirujano el día 23 de octubre de 2013, es decir, casi dos meses después de la intervención y le informa que no debe hacer esfuerzos, conducir, ni trabajar hasta que se le indique; pero sin que fuera derivado a rehabilitación y, además de todo ello, se le citó para una segunda revisión el 4 de junio de 2014.

Además, el día 16 de diciembre de 2013 fue valorado por psiquiatra de la unidad de salud mental del SCS por recaída de patología ansioso-depresiva reactiva a las limitaciones físicas y dolorosas que le ha ocasionado la patología que padece.

- El día 15 de enero de 2014 fue derivado a rehabilitación no tolerando, inicialmente, los ejercicios, pero continuó hasta el día 14 de abril de 2014, cuando acabó las sesiones de rehabilitación indicadas, informando el médico rehabilitador la conveniencia de ser visto por el neurocirujano para valoración de otro método alternativo de tratamiento ya que había obtenido la máxima mejoría alcanzable persistiendo el dolor que se incrementa a lo largo del día.

- Posteriormente, tras varios meses de mala evolución, en los que se le hicieron diversas pruebas diagnósticas que arrojaron resultados desfavorables, el día 18 de agosto de 2014 acudió a su cita con el especialista en neurocirugía del CHUIMI que anota la sospecha de pseudoartrosis de los dos especialistas del ámbito privado al que acudió el interesado y le da cita para el 22 de septiembre de 2014, pero el 4 de septiembre de 2014 recibió llamada de la secretaría del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI avisándole que, por instrucciones del Dr. (...), el especialista en neurocirugía que le atiende, se procedía al cambio de la consulta al 12 enero de 2015, que luego se le retrasó hasta el día 2 de febrero de 2015.

- El 23 de septiembre de 2014 fue intervenido quirúrgicamente con carácter privado en la clínica (...) de Madrid por el Dr. (...), al que previamente había consultado para segunda opinión, que ya había puesto en conocimiento del neurocirujano del CHUIMI. En dicha intervención se procedió a ampliar la artrodesis al segmento L4-L5, aplicación de injerto óseo procedente de apófisis espinosas e injertos liofilizados.

En la operación se comprueba que los tornillos del lado derecho colocados en la primera intervención estaban sueltos por zona de osteolisis a su alrededor, que en opinión del cirujano era la causa del cuadro de lumbalgia crónica del paciente.

En relación con ello, el interesado alega que ante los retrasos injustificados, incluyendo los repetidos cambios de fecha para su cita con el Servicio de Neurocirugía, y el mal estado en el que se encontraba se vio obligado a acudir al ámbito de la medicina privada.

- Tras dicha intervención fue dado de alta hospitalaria el día 2 de octubre de 2014, siendo su evolución desfavorable. Después del correspondiente tratamiento rehabilitador y de que se le realizaran diversas pruebas diagnósticas, el día 28 de abril de 2015 acudió a revisión a consulta del Dr. (...), especialista en neurocirugía del ámbito privado quien llevó a cabo la segunda intervención, que le diagnosticó síndrome post-laminectomía asociado a anomalía congénita lumbo-sacra con sacralización de L5 y, estenosis del canal lumbar y posible fibrosis o seroma crónico.

Asimismo, dado que sus padecimientos mentales continuaron por la mala evolución de sus patologías físicas, el día 8 de junio de 2015 la psiquiatra de la unidad de salud mental del SCS le diagnosticó trastorno adaptativo con reacción mixta ansiedad-depresión con personalidad previa de características anancásticas (perfeccionista).

El día 26 de junio de 2015 el médico rehabilitador del SCS emite juicio diagnóstico de lumbalgia severa en fase de secuelas tras cirugía lumbar con limitación funcional dolorosa incapacitante. Además, a causa de la clínica lumbar que presentó y las posteriores intervenciones de columna lumbar, se le han ido retrasando la colocación de prótesis de rodilla derecha que hasta el momento de presentar la reclamación se encuentra a la espera de la mejoría del cuadro doloroso para ser tratado convenientemente de tal patología.

2. Además de lo referido por el interesado en su escrito de reclamación, consta en los diversos informes del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS la continuación de la evolución del paciente tras los hechos narrados en el mismo. Así, en el informe del SIP, de 28 de noviembre de 2018, se manifiesta que:

«En fecha 12 de julio de 2018 se practica por la Unidad de Raquis del HUGCDN: EMO (extracción de material de osteosíntesis) ROMEO 2 + descompresión L4-S1 + liberación raíces L4 y L5 izquierdas + artrodesis posterolateral L3-S1 con sistema Malibú.

Se describe en hoja quirúrgica:

Diagnóstico principal: Estenosis lumbar postcirugía. Otros diagnósticos: Pseudoartrosis lumbar.

Incisión longitudinal lumbar posterior.

Hallazgos: Cicatriz lumbar previa desde región lumbar alta a pliegue interglúteo y dos incisiones paravertebrales bilaterales. Laminectomía L5-S1 derecha. Presencia de carillas articulares bilaterales. Afectación del ligamento interespinoso L3-L4 y exéresis parcial de espinosa L4. Severo compromiso de raíz L5 izquierda. Aflojamiento de todos los tornillos implantados».

3. El interesado considera que los distintos retrasos injustificados e indebidos habidos en su tratamiento son los causantes de su mala evolución y de las secuelas físicas y psíquicas que padece.

Al respecto concreta tales retrasos en su escrito de reclamación de la siguiente manera:

«Se ha de tener en cuenta que la intervención quirúrgica realizada con fecha 28/08/13, con colocación de 4 tornillos traspediculares en los niveles L4- L5 unidos mediante barras y fascetectomía total izquierda con descompresión, requería un seguimiento adecuado por el Servicio Canario de Salud. Pero como se deduce del historial que he relatado tras la intervención quirúrgica en columna lumbar, se constatan los siguientes retrasos en la atención por el Servicio Canario de la Salud, que han sido recogidos en el informe emitido por la Perito Medico (...) de la forma siguiente:

(...) b. Con posterioridad al alta hospitalaria (05/09/13) no se le cita para revisión postoperatoria hasta el 23/10/13, casi dos meses después de la intervención quirúrgica y en esa primera visita de revisión no se le practica ni se solicita ninguna prueba diagnóstica de control; no es derivado a rehabilitación y es citado para siete meses después (04/06/14).

c. En el transcurso de esos siete meses de espera a ser valorado por el neurocirujano que lo operó, el paciente sufre recaída de su patología ansioso-depresiva, con ideas autolíticas, reactiva al proceso doloroso e incapacitante lumbar, por lo que tuvo que reanudar tratamiento con psiquiatra del Servicio Canario de Salud.

d. Al no poder resistir su situación acude directamente a solicitar tratamiento al médico rehabilitador del H. Insular, Dr. (...); inicia las sesiones el 03/02/14 y el 14/04/14 dicho especialista las da por finalizadas informando la conveniencia de ser visto por el neurocirujano para valoración de otro método alternativo de tratamiento ya que ha obtenido la máxima mejoría alcanzable persistiendo el dolor que se va incrementando a lo largo del día. Al faltar casi dos meses para la cita con neurocirujano (04/06/14) lo deriva a la unidad

del dolor; indican TAC lumbar que objetiva lesión de partes blandas por lo que el radiólogo recomienda RMN, que permite mejor valoración para partes blandas que el TAC; la realizan y confirma edema de partes blandas. Hacen infiltración ecoguiada de bótox.

e. El 04/06/14 es valorado por el neurocirujano que informa dolor lumbar invalidante y da cita para el 20/08/14 a la espera de segunda opinión con carácter privado por el paciente antes de decidir nueva intervención quirúrgica.

(...) g. El 18/08/14 el neurocirujano del H. Insular decide esperar al mes siguiente para confirmar si retira todo tipo de instrumentación o amplía con artrodesis decortizando y poniendo injerto óseo. Le dan cita para el 22/09/14: ha pasado un año desde la intervención sin que el paciente encuentre mejoría clínica evolucionando en progresión desfavorable a medida que pasa el tiempo. Por el servicio de neurocirugía no se la indicado hasta este momento ni rehabilitación ni ninguna prueba diagnóstica.

(...) i. El 04/09/14 recibe llamada de la secretaría de neurocirugía avisándole de que por instrucciones del neurocirujano se cambia la consulta del 22/09/14 al 12/01/15, cuatro meses más tarde, por lo que ante su situación dolorosa e incapacitante decide no esperar más y someterse a la intervención quirúrgica propuesta por el Dr. (...), que realiza el 23/09/14.

j. Tras la segunda intervención realizan las necesarias pruebas diagnósticas de control privadamente y acude a centros de rehabilitación también con carácter privado.

k. Se le retrasa varias veces la visita prevista con neurocirujano hasta que finalmente lo ve el 02/02/15, ya operado por segunda vez; no derivan a rehabilitación, no solicitan pruebas diagnósticas ni le han vuelto a dar nueva cita en ese servicio».

4. El interesado solicitó, inicialmente, una indemnización de 123.612,12 euros por los daños físicos, mentales y los perjuicios económicos padecidos como consecuencia de la actuación inadecuada de los servicios sanitarios dependientes del SCS. En un momento posterior, con ocasión del trámite de vista y audiencia propuso la terminación convencional del procedimiento, solicitando una indemnización total de 31.104,13 euros.

III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, realizada el día 3 de septiembre de 2015.

El día 20 de octubre de 2015, se dictó la Resolución núm. 400/2015 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

2. En cuanto a su tramitación, el procedimiento cuenta con tres informes del SIP y el informe del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI.

Asimismo, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna. Además, se le otorgó el trámite de vista y audiencia, presentando escrito de alegaciones; tras el mismo, se emitieron dos de los tres informes del SIP, otorgándosele el trámite de vista y audiencia al interesado tras cada uno de ellos, quien presentó escrito de alegaciones en ambas ocasiones.

3. Finalmente, consta una primera Propuesta de Resolución, borrador de la Resolución definitiva, informe de la Asesoría Jurídica Departamental y el día 15 de mayo de 2019 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, vencido el plazo resolutorio; pero esta demora no obsta para resolver expresamente, existiendo deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los legales o económicos que pudiera comportar de acuerdo con lo dispuesto en los arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4; 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC.

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 139 y ss. LRJAP-PAC).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, pues el órgano instructor afirma que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, señalando que de los informes médicos incorporados al expediente, especialmente los emitidos por el SIP, se desprende que en todo momento se ha actuado conforme a la *lex artis*.

2. El objeto de la reclamación efectuada por el interesado se centra, principalmente, en los dos retrasos acontecidos tras su primera intervención quirúrgica en relación con las revisiones del especialista en neurocirugía, si bien se deduce de sus alegaciones, efectuadas con ocasión del trámite de vista y audiencia, que también considera que las diferentes actuaciones médicas han sido deficientes, siendo ambos motivos los que le han ocasionado en su opinión las graves secuelas que padece en la actualidad.

3. En primer lugar, en lo que se refiere a los retrasos ya mencionados, se afirma en el informe del SIP sobre el primero de ellos, emitido el día 16 de mayo de 2015 (páginas 232 a 250 del expediente), con base en el informe del Servicio, que:

«Al paciente después de la intervención en fecha 28 de agosto de 2013, se le realiza un control de imagen mediante TAC en fecha 3 de septiembre de 2013 y causa alta en fecha 5 de septiembre del mismo año. La primera revisión en consultas externas después del alta hospitalaria tuvo lugar en fecha 23 de octubre de 2013.

Este momento de revisión no guarda relación con la evolución postquirúrgica. Como nos informa el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria “Se dio 2 meses para la primera revisión por prescripción facultativa, por ser un tiempo prudente para que el paciente comenzara y avanzara en su adaptación a la limitación de movimientos que obviamente produce la artrodesis”.

De este modo, en la fecha de la revisión el paciente se estaba aún recuperando y se le recomienda no hacer esfuerzos, conducir ni trabajar hasta el nuevo control previsto en mayo de 2014.

Podemos comparar este tiempo aproximadamente de 2 meses con el tiempo que transcurre entre la segunda intervención quirúrgica efectuada en Centro privado, en Madrid, y la primera cita de revisión postcirugía en el mismo Centro privado. Así, la intervención con carácter privado se realizó en fecha 23 de septiembre de 2014, causa alta hospitalaria en fecha 2 de octubre y la primera revisión en consultas externas fue en fecha 22 de diciembre de 2014, es decir, 3 meses después de la intervención. Por tanto, no entendemos la calificación de “mala actuación” referida por el reclamante en relación al Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria responsable de la primera intervención.

7.- El siguiente retraso en cita, aludido por el reclamante, consistió en la segunda revisión prevista en mayo de 2014 y que tuvo lugar el 4 de junio de 2014 conforme a la agenda. El periodo de 4 días finalizado el mes de mayo no se objetiva que interfiriese en la evolución del paciente.

Durante el periodo que transcurre entre la cita del 23 de octubre de 2013 y la del 4 de junio el paciente fue seguido en el Servicio de Rehabilitación, valorado el 28 de mayo por el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y consta en Historia Clínica de Atención Primaria, en fecha 20 de mayo de 2014, contacto del paciente con el Dr. (...) en centro privado».

4. En relación con el segundo retraso que alega el interesado, se manifiesta en dicho informe que «10.-Con respecto a la reclamación de los gastos de la segunda intervención de carácter privada, se objetiva que antes de dar una respuesta el Servicio de Neurocirugía de origen, el paciente ya había consultado en la Clínica (...). No disponemos de base documental de que el Servicio de Neurocirugía del HUIGC se negara a su realización sólo que la pospone para tomar la decisión de su viabilidad y en espera de posible auto-resolución

del dolor. Todo ello, sin dejar de estar prevista una segunda operación -retirada completa de la artrodesis y ampliar la laminectomía- por sospecha de pseudoartrosis.

Si bien esta decisión se vio pospuesta, no hay constancia de que el paciente reclamase por este hecho. Sí en cambio, hay constancia de la toma de decisión del paciente de intervención con medios privados previo a la consideración final por el Servicio de Neurocirugía de origen:

El Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria había pospuesto tomar la decisión de valorar la intervención quirúrgica para septiembre de 2014, según indicó en la consulta de 18 de agosto de 2014. Sin embargo:

En fecha 20 de mayo de 2014 el reclamante ya había contactado en Madrid con el Dr. (...).

Según consta en Historia Clínica de Atención Primaria en fecha 12 de agosto de 2014, es decir previo a la decisión del Servicio de Neurocirugía (fecha 18 de agosto de 2014) de posponer en un mes la decisión de la intervención, ya el paciente tenía previsto viajar a Madrid para la intervención quirúrgica.

Finalmente el paciente se interviene el 23 de septiembre de 2014, es decir en el mismo mes en el que, en principio, iba a ser tomada la decisión de la intervención por el Servicio de Neurocirugía de origen».

5. Pues bien, teniendo en cuenta lo anterior, procede afirmar que el interesado no ha demostrado de modo alguno que en algún momento del tratamiento de su patología dispensado por el SCS se haya incurrido en un retraso médicamente injustificado o inadecuado; pero además está demostrado que nunca dejó de estar bajo el control de los servicios sanitarios dependientes del SCS, como demuestra no sólo el relato de los hechos realizado por el propio interesado, sino también su historial médico, en el que consta las periódicas y diversas pruebas diagnósticas que se le efectuaron a la vez que el tratamiento rehabilitador y el seguimiento por este y otros Servicios implicados en su proceso curativo.

Además, como posteriormente se desarrollará, aún en el caso hipotético de que hubiera habido algún retraso, que no lo hubo, no ha resultado probado que hubiera influido en el resultado final, cuando el mismo ha sido ocasionado por las propias características de su patología.

6. En segundo lugar, en lo que se refiere al análisis del segundo motivo en el que se basa la reclamación, se ha de tener en cuenta, primeramente, que como afirma el SIP la primera intervención que se le efectuó estaba indicada médicamente y los

resultados iniciales logrados fueron los pretendidos por los facultativos, señalándose en el primer informe del SIP que:

«3.-En los supuestos de estenosis de canal espinal está indicado la cirugía de descompresión, a fin de agrandar el canal y aliviar la compresión de la médula y sus consiguientes síntomas [adormecimientos, pérdidas de fuerza (...)]. El procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia en estos casos es la laminectomía a veces acompañada de una fusión espinal de vértebras adyacentes -ante procesos degenerativos- mediante el uso de instrumentación como placas metálicas y tornillo o de injertos óseos a fin de estabilizar la columna vertebral y dar alivio al dolor.

Por tanto, ante el proceso padecido por el reclamante la intervención realizada en fecha 28 de agosto de 2013 por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria estaba indicada.

En este tipo de cirugías no se puede garantizar un resultado, existe la posibilidad de continuar con dolor a pesar de la misma.

(...)

5.-Clínicamente tras la cirugía el paciente evoluciona favorablemente con desaparición del dolor lumbociático invalidante izquierdo e inicia deambulación sin incidencias aunque a los 3 días postquirúrgicos aparece dolor en muslo derecho. Por tanto, la finalidad de la intervención, descompresión, se consigue y este dolor en nalgas no se muestra secundario a una mala colocación de la artrodesis como se demostró en la prueba de imagen, mencionada en el apartado anterior, efectuada con posterioridad a la aparición del dolor».

Además de todo ello el interesado manifestó en sus escritos de alegaciones que en la primera intervención nunca se le llevó a cabo una descompresión amplia a través de laminectomía, señalándose al efecto en el tercero de los informes emitidos por el SIP que «Lo mencionado en este expediente en relación a primera intervención es la realización de una facetectomía conforme al estado del canal en el momento de la intervención: “artrodesis transpedicular nivel L4-L5, facetectomía total izquierda con descompresión”.

Se ha mencionado, también, que lo realizado en esa intervención fue objetivado con posterioridad en estudios radiológicos “pequeña laminectomía”. Además, que en centro privado se considera en julio de 2014 que en la RM no hay datos objetivos suficientes para abrir el canal porque no existe una clara patología de compresión radicular.

La intervención ha de ser diseñada individualmente, adaptándose al problema y situación de cada paciente. El objetivo ha de ser la liberación de las estructuras nerviosas comprimidas por dicha estenosis, sin provocar inestabilidad en la columna intervenida, todo ello con la menor agresión quirúrgica posible».

Todo ello sin olvidar que en el consentimiento informado, firmado por el interesado, emitido en relación con la primera intervención, consta entre los posibles riesgos que pudiera continuar con dolores tras ella, pudiéndose incluso reproducir la hernia o artrosis al nivel operado o en otro nivel de su columna vertebral (página 363 del expediente).

7. Asimismo, partiendo de que el interesado no ha demostrado que las secuelas físicas que sufre se deban a un posible retraso indebido en su tratamiento o a otra deficiencia médica, en el informe elaborado por el Dr. (...), especialista en neurocirugía que efectuó la segunda intervención en el ámbito privado el 28 de abril de 2015, aportado por el propio interesado se concluye acerca del diagnóstico que:

«Impresión diagnóstica. - Se trata de un "Síndrome de postlaminectomía" en un paciente con una anomalía congénita de la zona lumbosacra, en la que tiene solo cuatro vértebras lumbares, lo cual es ya motivo de lumbalgia crónica. Por las pruebas radiográficas efectuadas, parece que existe una estenosis de canal lumbar con degeneración de los últimos discos lumbares y posiblemente también una fibrosis o un seroma crónico, como secuela de la primera intervención que se practicó en agosto de 2013.

Ninguna de las pruebas radiográficas practicadas, hace alusión a si los injertos aportados en la intervención de septiembre del 2014, están o no consolidados, pero parece que no, lo cual es otra causa más de dolor crónico.

Como el paciente tiene 58 años, presenta una anomalía congénita en la zona lumbosacra, una degeneración discal y una posible fibrosis dentro del canal lumbar, creemos que se ha llegado al límite de las posibilidades quirúrgicas. Las secuelas que padece, pueden ser definitivas, lo que limita sus relaciones sociales y laborales, estando impedido para cualquier clase de trabajo porque además tiene una gonartrosis de la rodilla derecha, en donde le han propuesto como tratamiento, una intervención de Artroplastia con prótesis total, intervención que ha sido aplazada por la patología de la zona lumbar».

Todo lo cual acredita de modo fehaciente que los padecimientos del interesado se deben exclusivamente a la propia naturaleza de su patología y en modo alguno a cualquier actuación médica contraria a la *lex artis*, incluyendo la primera intervención quirúrgica.

Además, es necesario precisar que sus patologías mentales son previas a todo el proceso médico relatado y que evidentemente se han visto agravadas por la gravedad de sus padecimientos, como se afirma en el primer informe del SIP, sin que haya logrado demostrar lo contrario.

8. En este sentido, este Consejo Consultivo ha señalado en sus recientes Dictámenes 129/2019, de 8 de abril y 173/2019, de 16 de mayo, siguiendo su doctrina reiterada y constante, que:

«(...) en lo que se refiere a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario, que el criterio de la *lex artis* es el delimitador de la normalidad de la asistencia sanitaria, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria, poniendo al servicio de los pacientes todos los medios sanitarios disponibles», doctrina que resulta ser plenamente aplicable a este caso.

9. En este supuesto, no ha resultado probada la existencia de relación de causa a efecto entre la asistencia sanitaria prestada, que se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*, y los padecimientos sufridos por el reclamante.

10. La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación efectuada por el interesado, es conforme a Derecho en virtud de lo manifestado en el presente Fundamento.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.

Éste es nuestro Dictamen (DCC 211/2019, de 6 de junio de 2019, recaído en el EXP. 194/2019 IDS), que pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha indicados en el encabezado.