



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 28 de enero de 2021.

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 (...) en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 562/2020 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 18 de diciembre de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo en la misma fecha.

2. La cuantía reclamada -186.314,49 euros- determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del 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. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley

\* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

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; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP], si bien en este caso actúa mediante representación debidamente acreditada.

5. En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud (SCS), titular del Servicio a cuyo funcionamiento se atribuye el daño.

6. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

7. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

8. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 16 de diciembre de 2020 respecto de un daño cuyo alcance no ha quedado completamente determinado a la fecha de la reclamación, tal y como se ha analizado en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, emitido el 4 de marzo de 2020, que se pronuncia expresamente al respecto señalando:

*«1.-En relación a la información solicitada sobre la prescripción:*

*El paciente inicia clínica de dolor neuropático el 5 de mayo de 2104.*

*El 3 de octubre de 2014 se plantea el diagnóstico de Síndrome de espalda fallida.*

*No obstante, consulta en segunda opinión en el HUC en enero de 2015 continuando estudios que pudieran esclarecer la causa del dolor referido.*

*Finalmente, en noviembre de 2017 se coloca neuroestimulador.*

*Tras una mejoría inicial empieza nuevamente con dolor lumbar en enero de 2019. En la actualidad pendiente de revisión quirúrgica del NEM».*

## II

El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación lo siguiente:

*«PRIMERO.- De los antecedentes que traen causa de la presente reclamación. De la incorrecta atención por parte de los servicios públicos hospitalarios de Santa Cruz de Tenerife.*

*En el año 2012, el afectado, (...), acude al traumatólogo por padecer de "lumbalgia". Tras realizarle la oportuna radiografía, se le administra una inyección aconsejándole reposo al pronosticarle una desviación de la columna.*

*Un año después, en el 2013, (...) muestra un empeoramiento de salud, acudiendo a un traumatólogo que le han recomendado, el cual le realiza varias resonancias y pruebas nucleares. El pronóstico en esta consulta es de tres vertebra pegadas y dos hernias discales, decidiendo recetarle un medicamento denominado "Palexia Retard".*

*Posteriormente, accede a una lista de espera para realizarle una intervención en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, el día 2 de abril de 2014. Realizada la intervención lumbar (L3 a L5), consistente en la colocación de seis tornillos y dos placas, la misma provoca a (...) de un dolor mayor, además de recibir un trato poco profesional por parte de los facultativos que le atendieron.*

*Sólo tras cinco días hospitalizado, se accede a darle de alta, prescribiéndole durante los tres meses siguientes determinados medicamentos, siendo informado sobre la imposibilidad de movimiento, debiendo acudir nuevamente transcurridos seis meses. No obstante, de la recomendación, y ante los fuertes dolores que padecía, decide acudir al Hospital, en el cual no fue atendido por parte de su doctora, la doctora (...), por encontrarse reunida.*

*Tras varios intentos para ser atendido, se obtiene respuesta por parte del Hospital Universitario consistente en la programación de una analítica y una resonancia, cuyo pronóstico se basa en 38 sesiones de rehabilitación, ya que los resultados de las pruebas son estables.*

*Trascurrido el tiempo y aun encontrándose (...) en el periodo de rehabilitación, se le informa por parte del médico rehabilitador que ya no podrá asistir ya que su caso no es para ellos. Ante esta situación, (...) pide cita con neurocirugía, recetándole calmantes y corticoides, volviendo a los cuatro meses después, basada en un "hola y adiós" dado que nada más entrar el profesional médico, le facilita una pomada y le dijo que acudiera nuevamente pasado los ocho meses.*

*Se ha de destacar que (...) durante todo el tiempo transcurrido tras la operación, no ha demostrado mejora alguna, padeciendo actualmente fuerte dolores. Ante esta situación, decide pedir cita con el médico de cabecera para que le derive al psiquiatra en donde se le recetan medicamentos diarios.*

*Tras los hechos acaecidos hasta ahora, (...) pide cita con Neurocirugía siendo el jefe quien lo atiende, ya que, según su compañero, el doctor (...) le indica "que no sabía qué hacer con él" (refiriéndose al paciente). Así pues, le receta una pomada produciéndole quemaduras en la herida de la operación.*

*El Tribunal Médico tras la realización de diversas pruebas le da la incapacidad absoluta.*

*El pasado 14 de julio de 2016, el neurocirujano informa a (...) la intención de realizarle una intervención quirúrgica consistente en dos operaciones en un intervalo de 15 días, a la cual el paciente decide negarse. A todo ello, se ha de tener en cuenta los diversos efectos de los tratamientos a los que se ha sometido el paciente le han provocado pérdida de visión, una subida drástica de peso debido a los corticoides y poca movilidad para la correcta realización de una vida cotidiana, en pocas palabras no ha obtenido mejora después de la intervención.*

*SEGUNDO.- De los daños que justifican la presente reclamación.*

*Los daños producidos consecuencia de la incorrecta atención dada al defendido pueden ser englobados en daños psicológicos, presentes, pasados y futuros; y daños de salud física pudiendo extrapolarse tanto a la esfera personal como laboral.*

*En relación a los daños psicológicos y físicos sufridos por (...), es preciso poner de manifiesto que, si ya de por sí enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad o un problema de salud es un tema serio de difícil afrontamiento, si a ello añadimos que ha habido una mala gestión y atención por parte de la atención sanitaria, hace que sea aun más difícil de afrontar y superar la situación. Es por ello, que de lo expuesto se deduce que resulta lógico que todo ello provoque en el representante una perturbación psicológica, así como una*

*desconfianza hacia los profesionales de la medicina, influyendo todo ello en su vida familiar y laboral.*

*Es necesario recordar que las consecuencias acaecidas hasta la actualidad por parte de la que es responsable la Administración Pública son ya irreversibles y le acompañarán a lo largo de su vida».*

Por todo lo expuesto solicita una indemnización de 186.314,49 euros, en virtud del siguiente desglose:

*«La cuantía de la presente indemnización ha sido fijada en atención a las lesiones, daños morales producidos, circunstancias personales, familiares, laborales y económicas, de acuerdo con los criterios seguidos en casos similares por nuestra Jurisprudencia así como en atención a la aplicación del baremo contenido en la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en su tabla 2 y 3, conforme se detalla:*

*Tabla 2.A. Perjuicio Personal Básico.*

*En la Tabla 2.A.1 se otorga al código 02004- Pérdida de visión 25 puntos. Si nos remitimos a la Tabla 2.A.2, teniendo como referencia su edad (47 años), sus daños se cuantifican en 98.346,49 euros*

*Tabla 2.B. Perjuicio Personal Particular.*

*Atendiendo al caso concreto debemos remitirnos al punto 3 denominado Perjuicio moral por pérdida de la calidad de vida ocasionada por las secuelas, cuantificando los daños graves desde 40.000 a 100.000 euros. En función de los hechos relatados anteriormente se valora en 70.000 euros*

*Tabla 2.C. Perjuicio Patrimonial.*

*En cuya tabla 2.C 4. Cuantifica la Incapacidad absoluta, en función de su edad y del importe anual que percibe, ascendiendo a 15.868 euros.*

*Tabla 3. Indemnizaciones por lesiones temporales.*

*En la tabla 3.B se regula los importes correspondientes al Perjuicio Personal Particular, en cuanto a la pérdida de calidad de vida estimándolo como muy grave: 100 euros/día. Si se multiplica por los cinco días que estuvo impedido el importe asciende a 500 euros*

*Asimismo, y en cuanto a los importes correspondientes a cada intervención quirúrgica, cabe adicionar 1.600 euros».*

### III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 10 de octubre de 2019 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a que subsane su reclamación, lo que se le notifica el 14 octubre de 2019, otorgando el 15 de octubre de 2019 poder de representación *apud acta* y, posteriormente, aportando escrito de mejora, el 22 de octubre de 2019.

- Por Resolución de 4 de noviembre de 2019, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado, de lo que recibe notificación éste el 14 de noviembre de 2019.

- El 4 de noviembre de 2019 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) en relación con la prescripción de la acción y, en su caso, de no apreciarse, sobre el fondo del asunto. Tal informe se emite el 4 de marzo de 2020, tras haber recabado la documentación oportuna [Historia Clínica obrante en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), información facilitada por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Historia de Salud del reclamante relativa al ámbito de Atención Primaria e Historia Clínica obrante en el Hospital Universitario de Canarias (HUC)].

- El 9 de marzo de 2020, a efectos de dictar acuerdo probatorio, se insta al interesado a concretar los testigos solicitados en su reclamación, de lo que recibe notificación el 11 de marzo de 2020. Con fecha 17 de abril de 2020 se solicita por el interesado su historia clínica a fin de determinar como testifical la de los facultativos que lo atendieron. Remitida la documentación solicitada el 26 de junio de 2020 e instado de nuevo a aportar testigos el 3 de julio de 2020, no se facilitan por el interesado.

- El 23 de septiembre de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas documentales propuestas por el interesado y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, rechazando la testifical por no aportarse testigos. Siendo todas las pruebas

documentales se declara concluso el trámite probatorio y se acuerda la continuación del procedimiento, de lo que recibe notificación telemática el reclamante.

- Con fecha 23 de septiembre de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación telemática el reclamante, no constando presentación de alegaciones.

- El 16 de diciembre de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, que es remitida a este Consejo Consultivo.

## IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según tal informe, constan en la historia clínica del interesado, en relación con la asistencia que nos ocupa, siendo precisa su total transcripción dada la relevancia que todos ellos tienen en relación con la reclamación del interesado. Se hacen constar, e igualmente así los recoge la Propuesta de Resolución, los siguientes antecedentes:

*«1.- Entre los antecedentes previos a la intervención quirúrgica de fecha 22 de abril de 2014, objeto de la reclamación, destacamos:*

*\*Cuadro de lumbalgia/lumbociatalgia.*

*Lumbociática que precisó proceso de Incapacidad temporal, 16 de junio de 2005.*

*En fecha 20 de diciembre de 2011 acude a su Médico de Familia por lumbociática con irradiación a pie izquierdo (parestias).*

*El 3 de septiembre de 2012 refiere parestias en los dedos 3º, 4º y 5º.*

*En RM lumbosacra de octubre de 2012: Discopatías degenerativas L3-L4; L4-L5. HDL L4-L5 medial con lateralización a la derecha. Protusión L3-L4 y L5-S1 medial.*

*Causó los siguientes periodos de Incapacidad Temporal en relación a cuadro de Lumbalgia/lumbociática: 5-8 de marzo de 1996, 10-11 de febrero de 2001, 15-16 de junio de 2005, 27 de septiembre de 2013 a 4 de marzo de 2015 (524 días bajo el diagnóstico de degeneración disco intervertebral) hasta alta por Invalidez Permanente.*

*\*Cuadro ansioso - depresivo.*

Consta el diagnóstico de Depresión en las fechas 22 de diciembre de 2009 y 18 de enero de 2010.

Seguimiento por la Unidad de Salud Mental desde el año 2010. Historia iniciada con cuadro de ansiedad manteniendo los primeros años tratamiento de formas intermitente, sin una respuesta completa, con síntomas de ansiedad y depresión.

De esta forma, previo a la intervención quirúrgica de 2014 consta entre otros tratamientos:

El 17 de febrero de 2010: Esertia (Indicaciones terapéuticas: Episodios depresivos mayores, angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de ansiedad generalizada., trastorno obsesivo-compulsivo) y Trankimazin (indicado en el tratamiento de estados de ansiedad generalizada y ansiedad asociada a síntomas de depresión y en el tratamiento de trastornos por angustia con o sin agorafobia).

El 14 de mayo de 2010 figura en la prescripción: Depraser (-Trazodona- medicamento antidepressivo, utilizado para el tratamiento de episodios depresivos mayores, estados mixtos de depresión y ansiedad, con o sin insomnio secundario); Tranxilium indicado en general en ansiedad o angustia aislada o asociada a estados depresivos); Xeristar (indicado en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, dolor neuropático periférico diabético y trastorno de ansiedad generalizada).

29 de junio de 2010: Esertia (Indicaciones terapéuticas: Episodios depresivos mayores, angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de ansiedad generalizada., trastorno obsesivo-compulsivo).

En fecha 27 de agosto de 2010 se suspende por el Servicio de Psiquiatría Esertia y pauta Zarelis 75 retard (Indicado en el tratamiento y prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores, tratamiento de trastorno de ansiedad generalizada, de ansiedad social y del trastorno de pánico, con o sin agorafobia); Vastat 30 flas (antidepressivo -depresión mayor-); Idalprem (ansiolítico); Sinogan 25 (antipsicótico que pertenece al grupo de medicamentos denominados fenotiazinas dotado de propiedades sedantes, reductor de la ansiedad, con gran capacidad para combatir el dolor e importante poder inductor del sueño).

4 de julio de 2011: Idalprem 5 mg (ansiolítico).

En el plan terapéutico del 29 de agosto de 2011: Deprax (antidepressivo); Lorazepam (ansiolítico), Sinogan (antipsicótico que pertenece al grupo de medicamentos denominados fenotiazinas dotado de propiedades sedantes, reductor de la ansiedad, con gran capacidad para combatir el dolor e importante poder inductor del sueño), Zarelis retard (antidepressivo utilizado para tratar la depresión y otros estados tales como los trastornos de ansiedad);

En septiembre de 2012 continuaba con Lorazepam (ansiolítico).

*El 27 de septiembre de 2013: Depraser (antidepresivo); Lorazepam (ansiolítico); Tryptizol (indicado, entre otros en indicado para trastorno depresivo mayor y dolor neuropático); Zarelis retard (antidepresivo utilizado para tratar la depresión y otros estados tales como los trastornos de ansiedad).*

*Causó los siguientes periodos de Incapacidad Temporal con relación a cuadro de Depresión/Ansiedad: 5 de julio a 28 de octubre de 1996 (116 días), Trastorno depresivos; 3 de noviembre de 1997 a 19 de marzo de 1998 (137 días), Trastornos neuróticos; 6 - 16 de junio de 2000 (11 días), Trastorno depresivo; 12 - 13 de octubre de 2003, Estados de ansiedad; 21 de diciembre de 2009 a 5 de mayo de 2010 (136 días), Trastorno depresivo.*

*2.-Bajo el diagnóstico de lumbociática izquierda es derivado, el 27 de agosto de 2013, desde el Servicio de Traumatología al de Neurocirugía (NCR) del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC).*

*Entre los antecedentes se hace constar trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos orales.*

*Presentaba lumbociática izquierda de más de 4 años de evolución, limitante, sin clara distribución radicular metamérica, asociado a parestesias distales en extremidades inferiores. No pérdida de fuerza ni trastornos esfinterianos. Refiere dolor lumbar constante y cuatro episodios de ciática en el último mes.*

*A la exploración: Movilidad distal limitada, hipoestesia global en MID?, ROT presentes y simétricos, Lasegue y Bragard doloroso a 30° en MID?.*

*En RM: Hernia discal medial a nivel L4-L5, con lateralización derecha en el contexto de discopatías degenerativas protusivas en L3-L4 y L4-L5 fundamentalmente, y en menor grado en L5-S1.*

*Se solicita EMG de miembros inferiores y nueva RM lumbosacra.*

*Se incluye en LE para discectomía y artrodesis posterolateral y/o intersomática.*

*En ENG-EMG de 30 de agosto de 2013: Radiculopatía lumbosacra L3-L4; L5-S1 de predominio izquierdo, intensidad leve, de evolución crónica, sin signos agudos de actividad denervativa aguda en el momento de la exploración.*

*La RM realizada el 3 de septiembre de 2013 corrobora los hallazgos ya conocidos: Discopatía L3- L4; L4-L5 con deshidratación, pérdida de altura y protusiones-herniación de base ancha posterolaterales derechas con desgarramiento anular sobre discos con ensanchamiento generalizado. Los hallazgos condicionan discreta deformidad de receso lateral de predominio derecho y en menor grado foraminal bilateral sin afectación radicular aparente.*

*3.-Ingresa en el HUNSC durante el periodo 20-25 de abril de 2014 para tratamiento quirúrgico programado.*

*En la exploración motilidad lumbar limitada por el dolor sobre todo la extensión. Fuerza muscular conservada. ROTs 2/4. Sensibilidad: Hipoestesia global en MID?. Lasegue y Bragard + a 30° con MID.*

*Firma DCI. Entre los riesgos incluidos: Hematoma o infección a nivel superficial o profundo, discitis. Lesión en estructuras locales como nervios, que pueden dar lugar a pérdida de fuerza o sensibilidad en extremidades o alteración del esfínter vesical o a lesión en vasos, fibrosis perirradicular.*

*Intervenido por el Servicio de NCR del HUNSC el 22 de abril de 2014. Se realiza descompresión mediante discectomía y artrodesis instrumentada L3-L4 y L4-L5 bajo monitorización neurofisiológica. No incidencias intraoperatorias.*

*Monitorización de ENG y PEM/PESS sin cambios con respecto a situación basal. Estimulación de tornillos por debajo de 15 mA sin obtenerse respuesta evocada.*

*El curso postoperatorio transcurrió de manera favorable, sin eventos adversos, con buen control del dolor y sin déficits neurológicos añadidos. Herida quirúrgica con buen aspecto. Afebril. Buena tolerancia a la incorporación y deambulación.*

*El 23 de abril sin clínica deficitaria asociada.*

*En control radiográfico mediante TAC el 23 de abril: Adecuada posición del material implantado "tornillo e implantes bien posicionados": Buena alineación de cuerpos vertebrales lumbares, con lordosis conservada. Cambios postquirúrgicos de cirugía previa, con material e fijación (tornillo) en cuerpos vertebrales L3, L4 y L5 (dos en cada cuerpo), con acceso por los pedículos y bien posicionados. Material quirúrgico en espacios intervertebrales L4-L4 y L4-L5, así como material quirúrgico a ambos lados de las apófisis espinosas lumbares. Raíces nerviosas sin hallazgos patológicos ni signos de compresión de las mismas.*

*Alta hospitalaria el 25 de abril de 2014. En esa fecha, el paciente se encuentra bien, muy ansioso, afebril. BM 5/5 no focalidad. Herida quirúrgica cicatrizando favorablemente. Se cita a control en el Servicio de NCR en 6 semanas.*

*4.-El 5 de mayo de 2014 refiere a su Médico de Familia dolor más intenso en MII que antes de la intervención quirúrgica.*

*El 12 de mayo refiere que el dolor a nivel de la zona quirúrgica le imposibilita la deambulación. Sensación escalofríos de 6 días de evolución. Será valorado por el Servicio de NCR en dos días. En la exploración discreto aumento de volumen a nivel central de herida quirúrgica, discreto dolor a ese nivel, discreto aumento de la temperatura. Se indica antibioterapia.*

*El 19 de mayo sigue con dolor aunque mucho menos intenso después del tratamiento. Desaparecido el aumento de volumen. Nuevas referencias de dolor en las fechas 24 de mayo y 2 de junio de 2014.*

5.-Citado el 4 de junio de 2014 en el Servicio de NCR.

No déficit motor. Discitis?. Se solicita analítica para descartar proceso infecciosos, RX y RM.

En Rx de columna lumbar normoposición de implantes y tornillos. La RM de 7 de julio de 2014 informa de cambios postquirúrgicos L3-L5 con tornillos transpediculares, sin otros hallazgos reseñables.

6.-El 23 de junio refiere a su Médico de Familia que continúa con dolor a nivel lumbar y siente "flojera" en ambos MMII. En la exploración sensibilidad disminuida en MII, resto sin alteraciones. Nuevas referencias de dolor a su Médico en las fechas 30 de junio, 28 de julio y 11 de agosto de 2014, a pesar de intensificar el tratamiento médico.

7.-En la valoración por el Servicio de Neurocirugía el 17 de septiembre de 2014: Persiste con dolor incapacitante. En tratamiento con Palexia sin mejoría del dolor. Dolor lumbar que irradia a ambos miembros inferiores. No déficit motor.

En la exploración física: Motilidad lumbar limitada por el dolor sobre todo a la extensión. Fuerza muscular conservada. ROTs 2/4. Sensibilidad: Hipoestesia global en MID. Lasegue y Bragard + a 30° con MID.

Dada la no mejoría del cuadro, sin encontrar en pruebas de imágenes patología que requieran nueva actitud quirúrgica (en RM no se aprecia causa que explique el dolor) se realiza interconsulta a la Unidad del Dolor y al Servicio de Rehabilitación.

8.- Valorado en el Servicio de Rehabilitación del HUNSC el 3 de octubre de 2014: La evolución ha determinado persistencia de mucho dolor en zona lumbar bilateral con irradiación a ambos MMII sin distribución radicular definida. Movilidad restringida con uso continuo de ortesis pautada. Asocia debilidad en ambos MMII.

En la exploración física: Dolor en zona lumbar, sacra y coccígea a la presión. BM de MMII con gran disminución del mismo, 3/5 generalizado con mucho dolor. Movilidad limitada en todos los arcos lumbares. Marcha de talones y puntas sin claudicación pero con mucho dolor paralumbar.

Se plantea como diagnóstico síndrome de espalda fallida. Se indica terapia electroanalgésica y control por UDO.

En la valoración de fecha 8 de enero de 2015: Refiere continuar con muchos dolores. Dificultad a la deambulacion. Utiliza ortesis lumbosacra. BA muy limitado en flexo-extensión. Lasegue + a menos de 30° en ambos lados. No se puede explorar el BM. Se indica tratamiento (TENS, USP, Mg, Tmp suave según tolerancia).

Causa alta en el tratamiento rehabilitador, el 8 de enero de 2015, al no presentar modificación con el mismo. No presenta cambios importantes manteniendo la clínica dolorosa

y alteración funcional. Se detiene el tratamiento y se le recomienda control por médico de referencia para que valore método alternativo de tratamiento ya que es muy difícil de manejar la clínica funcional y dolorosa del paciente con el tratamiento rehabilitador en la situación actual.

9.-Acude a segunda opinión en el Servicio de NCR del Hospital Universitario de Canarias (HUC) en fecha 21 de enero de 2015. Se solicita analítica, RMN, gammagrafía y TAC lumbar.

10.-La cita en el Servicio de Neurocirugía del HUNSC de fecha 18 de marzo de 2015 es reprogramada para el 29 de abril de 2015. Consta no presentado.

11.-En la consulta del Servicio de NCR del HUC el 9 de abril de 2015 se valoran las pruebas complementarias previamente solicitadas.

En la gammagrafía ósea se observa depósito patológico del trazador que podría corresponder a una osteointegración discretamente retrasada del material de artrodesis transpedicular. No se observan depósitos patológicos que puedan corresponder con infección.

No existe incremento del recambio metabólico óseo, ni depósito patológico de Galio67 en las intersomáticas de L3-L4 ni L4-L5, lugar donde se observan las cajas intersomáticas. Leve depósito del trazador en las articulaciones sacroiliacas con relación a alteración de la estática lumbar. Se concluye el estudio: Artrodesis transpedicular L3-L5 sin signos gammagráficos de infección.

TAC lumbar de 1 de abril de 2015: Artrodesis metálica transpedicular e intersomática desde L3 a L5. No se observan imágenes de protusiones discales significativas ni aparente afectación de emergencias radicales. Imagen lítica de bordes bien definidos en margen posterior del cuerpo vertebral L1. Se concluye artrodesis metálica transpedicular e intersomática desde L3 a L5. Imagen lítica en cuerpo vertebral L1.

El Servicio queda pendiente de RM y solicita EMG. No parece que no haya ni un proceso infeccioso ni mala colocación de la artrodesis implantada.

En RM del 2 de junio de 2015 No se observan recidivas herniarias ni significativos fenómenos de fibrosis epidural postquirúrgica. No se evidencia imagen que haga pensar en infección.

El 10 de junio de 2015 el Servicio de NCR valora el EMG/VCN con resultados de normalidad.

Se remite a la UDO.

12.-El 28 de julio de 2015 se escribe por el Médico de Familia disminución de agudeza visual OI que no se corrige con gafas. Se realiza interconsulta al Servicio de Oftalmología.

El plan terapéutico en esa fecha: Diclofenaco, Lidocaína, Lorazepam, Sildenafil actavis, Sinogan, Trazodona, Zarelis.

13.-Consta en fecha 27 de marzo de 2017 respuesta de la Unidad de Salud Mental al Médico de Familia. "En seguimiento en esta Unidad por cuadro ansioso - depresivo. En estos años el paciente ha experimentado un cambio ostensible en su estilo de vida debido a patología osteomuscular dolorosa e incapacitante para mantener vida ordinaria, estado de ánimo emocional fluctuante con evolución tórpida a pesar de los tratamientos psicofarmacológicos realizados (...)" .

14.-En informe del Servicio de NCR del HUC de fecha 26 de noviembre de 2015: A la exploración motilidad raquídea en flexión imposible por dolor lumbar, así como la realización de las maniobras de Lasegue, con práctica imposibilidad para moverse sin dolor. Palpación superficial y profunda de la herida quirúrgica con reacción intensa antiálgica. No tumefacción ni enrojecimiento o calor local en la cicatriz. Refiere alodinia en cara anterior del muslo izquierdo,

Se ha descartado (analíticas, gammagrafía ósea, TAC, RM) infección, malposición de la instrumentación o problemas mecánicos con los tornillos pediculares. En el TAC parece haber perfecta integración ósea a nivel posterolateral. En gammagrafía ósea hay leve captación de trazador en ambas sacroiliacas. EMG/VCN normales.

Se descarta cirugía de rescate quirúrgico. Se remite al paciente a la UDO del HUC. Se encuentra con altos requerimientos de mórficos v.o. y mal control del dolor neuropático.

Valorado el 14 de enero de 2016 en el Servicio de NCR del HUC se podría plantear retirada de la instrumentación, que no se propone ni realiza indicándose el 14 de julio de 2016 colocación de neuroestimulador medular (NEM).

15.-Ingresa en el HUC durante el periodo 16-20 de noviembre de 2017 bajo el diagnóstico de dolor crónico para prueba de neuroestimulador (generador de impulsos de neuroestimulador medular) y durante el periodo 24-25 de noviembre de 2017 para colocación del mismo (24 de noviembre).

En la exploración previa ciática por toda la pierna. No déficit motor. Lasegue bilateral.

El 23 de enero de 2018 se describe notable mejoría del cuadro doloroso. El 19 de abril de 2018 que sigue bien, EVA 0 en pierna. En revisión de 31 de julio de 2018 en la valoración de Rx dorsolumbar se confirma normocolocación de los electrodos.

16.-En fecha 30 de enero de 2019 en la USM el reclamante refiere que continúa con problemas óseos por la artrodesis. Que le implantaron neruoestimulador sin respuesta adecuada. En ese momento aumento de la ansiedad, distímia, pérdida del interés y apatía.

Diagnóstico: Síndrome ansioso - depresivo.

Continuará con el mismo tratamiento.

17.-En revisión del 29 de enero de 2019 en el Servicio de NCR se refleja problemas con el cargador del NEM, se contacta con el técnico.

En revisión en del 22 de febrero de 2019 el Servicio de NCR se refleja notable mejoría del cuadro de dolor tras la colocación del neuroestimulador. A partir del 5 de enero de 2019 ha empezado nuevamente con dolor lumbar e irradiado a las dos piernas. Pendiente de pruebas para evaluar la pérdida de eficacia del neuroestimulador.

En esa misma fecha, en Rx de NEM sin problemas. Impedancias bien. Reprogramado por técnicos.

No acude a la consulta del 13 de marzo del 2109 en el Servicio de NCR.

En la revisión del 27 de marzo de 2019, refiere otra vez dolor lumbar y sobre todo en pierna izquierda con alodinia. NCR refleja que es incongruente. No compruebo alodinia al explorar. Estuvo 10 días bien con la última programación y ha vuelto a tener dolor. Se solicita RM.

18.- En revisión de 23 de mayo de 2019 en el Servicio de NCR se valora RM realizada el 26 de abril de 2019: No se evidencia imágenes de protusiones discuales significativas ni compromiso de emergencias radicales. Diámetros del canal raquídeo dentro de la normalidad. Angioma en el cuerpo vertebral L1.

Se refleja que tras mejoría inicial colocado el NEM, en enero de 2019 presentó dolor lumbar y sobre todo en pierna izquierda con alodinia. Mejoró temporalmente con nueva programación del NEM pero ha vuelto a presentar dolor. Pendiente de revisión por técnico del NEM el 4 de junio de 2019.

19.-En revisión del NEM por técnico en fecha 4 de junio de 2019: Buenas impedancias. NEM normofuncionante, con momentos en los que la batería parece no haber sido cerrada? correctamente. Ajuste de programación. Tiene 3 programas a los que puede recurrir.

20.-En revisión por el Servicio de NCR del HUC de fecha 3 de julio no se objetiva hallazgos que justifiquen el rebrote del dolor. Creen que la única alternativa es recambiar el NEM dado que estuvo más de un año casi sin dolor y a punto de retirar los mórficos.

Se le plantea, el 18 de julio de 2019, revisión quirúrgica del NEM y en función de hallazgos fase de prueba. Se explican los riesgos y objetivos de la nueva cirugía.

21.-Informe de la USM de fecha 14 de agosto de 2019: Seguimiento por la Unidad desde 2010. Historia iniciada unos 14 años antes con cuadro de ansiedad manteniendo los primeros años tratamiento de forma intermitente, sin una respuesta completa, son síntomas de ansiedad y depresión.

Durante el seguimiento realizado en la Unidad se ha objetivado una respuesta adecuada al tratamiento con Venlafaxina aunque la clínica afectiva se ha ido vinculando a cambios en estilo y calidad de vida secundario a síntomas dolorosos derivados de patología

*osteomuscular. En ese momento en espera de volver a ser intervenido para cambiar el neuroestimulador. Presenta fluctuaciones anímicas con apatía y escasa capacidad de afrontamiento, dificultad para dormir y poder realizar un mínimo de actividad en relación con la clínica dolorosa.*

*Diagnóstico: Trastorno mixto ansioso - depresivo.*

*Plan terapéutico: Zarelis, Lorazepam y Deprax.*

*El 10 de febrero de 2020 se escribe en Historia de Salud de Atención Primaria cambio de mediación pautado por USM del HUC: Depresión mayor. Plan, prescripción: Acfol, Circadin, Lorazepam, Motilium, Oxycodona clorhidrato, Paracetamol, Tramadol, Trazodona, Zarelis retard».*

3. Con carácter previo al análisis de la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16

de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Pues bien, sentado lo anterior, consta en el expediente informe del SIP, de 4 de marzo de 2020, del que, una vez analizada la historia clínica del reclamante y los informes recabados durante el presente procedimiento, y a la vista de los antecedentes expuestos anteriormente, cabe realizar las siguientes consideraciones, partiendo, ante todo, de que en su reclamación, el interesado no concreta en qué consiste la deficiente actuación dispensada, limitándose a relacionar sus dolencias actuales con la asistencia sanitaria recibida:

1) En primer lugar, debemos determinar si fue correcta la indicación de la cirugía consistente en discectomía y artrodesis posterolateral y/o intersomática llevada a cabo el 22 de abril de 2014.

En este sentido, con fecha 17 de diciembre de 2019, el Dr. (...), Jefe de Servicio de Neurocirugía del HUNSC, informa al respecto de la asistencia dispensada al reclamante (folio n.º 117), y expone que la primera asistencia que se le prestó fue en consulta de 27 de agosto de 2013, remitido por la consulta de COT por presentar lumbociática izquierda, limitante, de más de 4 años de evolución. Además de presentar antecedentes de trastorno ansioso-depresivo en tratamiento, lo que se analizará en relación con los daños actuales.

Tras la realización del correspondiente estudio, se incluye en lista de espera quirúrgica para discectomía y artrodesis, la cual se lleva a cabo el 22 de abril de 2014.

Tal como informa el SIP, a la vista de los antecedentes clínicos del paciente, con carácter previo a la intervención quirúrgica de 22 de abril de 2014 ya presentaba cuadro de lumbociática izquierda describiéndose en agosto de 2013 sin clara distribución radicular metamérica, asociado a parestesias distales en extremidades inferiores, refiriendo el paciente que el dolor lumbar era constante.

En ENG-EMG de 30 de agosto de 2013 se diagnostica de Radiculopatía lumbosacra L3-L4; L5-S1 de predominio izquierdo.

En la exploración, al ingreso para ser intervenido, la motilidad lumbar era limitada por el dolor sobre todo la extensión, conservando fuerza muscular pero con disminución de la sensibilidad en MII. En RM se objetivaba hernia discal medial a nivel L4-L5, con lateralización derecha en el contexto de discopatías degenerativas protusivas en L3-L4 y L4-L5 fundamentalmente, y en menor grado en L5-S1.

Por tanto, la intervención quirúrgica practicada el 22 de abril de 2014 era necesaria y fue pautada correctamente para resolver su patología.

2) Por otro lado, en relación con la correcta realización de la cirugía, una vez indicada, también consta en la documenta médica, tanto su corrección desde el punto de vista médico como desde el punto de vista legal, constando en este sentido el correcto documento de consentimiento informado (DCI) firmado por el paciente.

Así, por un lado, previo a la intervención quirúrgica, el reclamante firma DCI el 21 de abril de 2014 (folios n.º 173 y ss.). Entre los riesgos incluidos constaban: Hematoma o infección a nivel superficial o profundo, discitis; lesión en estructuras locales como nervios, que pueden dar lugar a pérdida de fuerza o sensibilidad en extremidades o alteración del esfínter vesical o a lesión en vasos, fibrosis perirradicular.

Por otro lado, en cuanto al curso de la intervención misma, en la hoja quirúrgica incorporada al expediente y en la documentación clínica de seguimiento post-intervención, consta respecto de la técnica quirúrgica, que la intervención se realizó bajo monitorización neurofisiológica: *«Monitorización de ENG y PEM/PESS sin cambios con respecto a situación basal. Estimulación de tornillos por debajo de 15 mA sin obtenerse respuesta evocada»*. No se describen incidencias intraoperatorias.

Por su parte, en el posoperatorio inmediato se describe buen control del dolor y sin déficits neurológicos añadidos. Herida quirúrgica con buen aspecto. En la fecha de alta hospitalaria *«sin clínica deficitaria asociada. BM 5/5 no focalidad»*.

La adecuada posición del material implantado fue corroborada mediante TAC donde también se objetiva ausencia de hallazgos patológicos en raíces nerviosas y de signos de compresión de las mismas. Estos hallazgos fueron reafirmados en Rx de columna lumbar de junio de 2014 y RM de 7 de julio de 2014.

Por tanto, también la realización de la intervención fue conforme a la *lex artis*.

3) Finalmente, en relación con los daños que actualmente padece el reclamante, físicos y psicológicos, procede señalar lo siguiente, conforme a lo indicado por el SIP:

- En cuanto a los daños físicos, consistentes en dolor en el miembro inferior izquierdo, consta que, tras la intervención de fecha 22 de abril de 2014 y habiendo causado alta hospitalaria sin clínica deficitaria asociada, refiere a su Médico de Familia, el 5 de mayo de 2014, dolor más intenso en miembro inferior izquierdo que antes de la intervención quirúrgica.

Al respecto señala el SIP:

*«Entre los posibles riesgos expuestos en el DCI se sospechó una discitis, ante la persistencia de dolor, que fue descartada mediante estudios de imagen (Rx, RM) y analítica. Estos estudios fueron repetidos en el año 2015 en el HUC (RM, gamagrafía ósea, TAC) descartándose, nuevamente, este proceso como causa del dolor referido por el paciente.*

*También fue contemplada la posibilidad de lesión de nervios que puede dar lugar a pérdida de fuerza o sensibilidad en extremidades o alteración del esfínter vesical. Los estudios realizados no han podido establecer la lesión de nervios.*

*En este sentido, a la persistencia de dolor se añadió disminución de la sensibilidad en junio de 2014 pero sin déficit motor.*

*El 10 de junio de 2015 el Servicio de NCR del HUC valora el EMG/VCN con resultados de normalidad.*

*Las pruebas de imagen (RM) no aprecian causa que explique el dolor referido por el paciente, no objetivaban patología que requiera nueva actitud quirúrgica lo que motivo la interconsulta a la UDO y al Servicio de Rehabilitación. Esta prueba es un buen método para evaluar los cambios de la cirugía de columna, principalmente para diferenciar entre fibrosis epidural y hernia discal persistente o recidivante.*

*La ausencia de patología arrojada por las pruebas complementarias que justificaran el dolor lumbar y ciática izquierda de características neuropáticas llevó al diagnóstico de Síndrome de espalda fallida o de dolor crónico de posible aparición, entre otros, en pacientes sometidos a cirugía de columna.*

*El SIP explica que los dolores lumbares y/o radiculares tras una cirugía de la columna, agrupan todo un abanico de estados patológicos complejos multifactoriales donde el dolor persiste más de 3 meses tras una cirugía de la columna.*

*El estudio de la Historia Clínica y las pruebas complementarias incluidas en ella no objetiva que el Servicio de NCR en relación a la intervención quirúrgica que nos ocupa haya actuado contrario a la lex artis.*

*El seguimiento del paciente en segunda opinión, desde enero de 2015, en el Servicio de NCR del HUC, ajeno a la intervención, no relaciona el cuadro de dolor del reclamante con una intervención quirúrgica defectuosa y además, descarta nuevamente la presencia de cuadro infeccioso.*

*Así, en TAC lumbar de 1 de abril de 2015 no se observan imágenes de protusiones discuales significativas ni aparente afectación de emergencias radicales. En RM del 2 de junio de 2015 no se observan recidivas herniarias ni significativos fenómenos de fibrosis epidural postquirúrgica. No se evidencia imagen que haga pensar en infección. En RM de 26 de abril de 2019 se añade diámetros del canal raquídeo dentro de la normalidad.*

*En el TAC parece haber perfecta integración ósea a nivel posterolateral. El estudio EMG/VCN se informó como normal.*

*En conclusión, se ha descartado, por el Servicio de NCR del HUC, proceso infeccioso, mala colocación de la artrodesis implantada o problemas mecánicos con los tornillos pediculares. De hecho, descartó la necesidad de cirugía de rescate.*

*Habiendo descartado datos objetivos de causa del dolor en el paciente que hubieran requerido corrección quirúrgica, el cuadro fue abordado mediante tratamiento rehabilitador, seguimiento en la Unidad del Dolor y ante la persistencia se le indicó la colocación de un Neuroestimulador medular para control del mismo, como alternativa en el manejo del dolor crónico en el Síndrome de espalda fallida.*

*Después de una mejoría notable tras la colocación del neuroestimulador, a partir de enero de 2019 empezó nuevamente con dolor lumbar e irradiado a las dos piernas que requirió revisión del NEM, que resultó sin problemas. Impedancias bien. Reprogramado por técnicos.*

*Mejóro temporalmente con nueva programación del NEM pero volvió a presentar dolor. Quedó pendiente de revisión quirúrgica del NEM y en función de hallazgos fase de prueba».*

Por todo, ello, no puede concluirse que exista relación entre el cuadro de dolor neuropático del paciente con la actuación del servicio sanitario.

- Por otro lado, y en relación con su cuadro ansioso-depresivo, a la vista de los antecedentes obrantes en la historia clínica del interesado, se observa que el paciente desde el año 2009 fue diagnosticado de depresión, con seguimiento en la Unidad de Salud Mental desde el año 2010 por síntomas de ansiedad y depresión, precisando tratamiento farmacológico con ansiolíticos y antidepresivos, que se detalla a lo largo de los antecedentes expuestos en el Fundamento IV.2 del presente dictamen. Historia iniciada con cuadro de ansiedad manteniendo los primeros años

tratamiento de formas intermitente, sin una respuesta completa, con síntomas de ansiedad y depresión.

De esta forma, previo a la intervención quirúrgica de 2014 constan numerosos tratamientos y bajas médicas del paciente por cuadro ansioso depresivo.

Por tanto, este daño no tiene vinculación con la asistencia sanitaria por la que se reclama.

5. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece 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 (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

A la vista de esta doctrina y de los razonamientos expuestos, este Consejo entiende que la asistencia prestada ha sido en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, ya que se pusieron a disposición del paciente todos los medios que se consideraron necesarios para detectar y tratar su patología, sin que pueda exigirse un resultado satisfactorio, dado el estado de la ciencia; esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

## **C O N C L U S I Ó N**

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.