



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 428/2022

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de noviembre de 2022.

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 conjuntamente por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 357/2022 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. Mediante oficio de 7 de septiembre de 2022 (con registro de entrada en este Organismo el día 13 de septiembre de 2022), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de 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.

2. El reclamante cuantifica la indemnización reclamada en 250.000 €, cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Consejero para solicitarlo, siguiendo 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 con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, 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,

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, 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, así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. 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 (B.O.C., 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 (SCS, en adelante).

5. En lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante ostenta la condición de interesado en el procedimiento al haber sufrido supuestamente un daño como consecuencia del funcionamiento sanitario (art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP).

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación patrimonial, pues ésta se inició con el escrito presentado ante el Complejo Hospitalario Materno Insular del SCS, el 20 de junio de 2018, posteriormente concretado en la reclamación del 10 de septiembre de 2019, respecto de un hecho lesivo cuyas consecuencias quedaron determinadas el 2 de marzo de 2018, por lo que la reclamación se interpuso dentro del plazo del año a que se refiere el art. 67.1 LPACAP.

En este sentido, ha de señalarse que las intervenciones quirúrgicas fueron practicadas en fechas 22 de enero y 14 de febrero de 2018, habiendo recibido el alta médica por determinación de las secuelas el 2 de marzo de 2018.

7. Se ha sobrepasado ampliamente el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

## II

1. En el escrito de reclamación el interesado expone lo siguiente:

« (...) Que el día 22 de enero de 2018, fui intervenido de Microdisectomía por Hernia lumbar L5-S1.

2.- Que mi evolución tras la intervención fue muy mala. Con mucho dolor tipo ciatalgia izquierda, que no mejoraba. Por lo que se me realizan diversas pruebas, como IRM C. LUMBAR, TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA, etc.

3.- Que tras las pruebas realizadas, y al no existir mejoría, se decide intervenirme el día 14 de febrero de 2018, en el que encuentran restos de tejido fibrótico y fragmento de disco recidivado y migrado (desplazamiento de segmento).

4.- Dejar constancia que a pesar de ser reintervenido, continúo con dolor en glúteo izquierdo. Por lo que se me realiza RM de Columna Lumbar con contraste de control y EMG de raíces L4, 5, S1 izquierdas, para descartar Síndrome Piramidal. Finalmente se me diagnostica secuela de dolor tras intervención de columna y Síndrome Piramidal el día 26 de noviembre de 2019 (sic).

4.- Actualmente, me encuentro mejor del dolor ciático, que me permite caminar aunque el dolor del Piramidal me limita muchísimo. Es por ello, que me han puesto en lista de espera para la Unidad del Dolor, para recibir tratamiento ambulatorio con toxina botulínica por mi Síndrome Piramidal, y que finalmente se me Infiltra el día 27 de julio de 2018.

Que esto interfiere en mi rendimiento en mi lugar de trabajo.

Por todo lo expuesto, solicité en su momento una respuesta por parte del Complejo Hospitalario y ser atendido lo antes posible por la unidad del dolor. Pues mi intención era recuperarme lo antes posible y poder incorporarme a mi centro de trabajo rindiendo el 100%.

5.- Por último, el día 5 de marzo de 2018 y posteriormente el día 11 de abril del 2018, solicité copia de toda la documentación de mi Historia N2 14494 en el centro hospitalario. Se me ha aportado parte de la misma, pero me faltan los Consentimientos Informados firmados por esta parte, y la grabación de mi segunda intervención. Que vuelvo a solicitar en este escrito.

Es por ello que solicito nuevamente se accede a facilitarme la documentación solicitada.

6.- Me dan el alta médica el día 23 de noviembre de 2018, al mismo tiempo que mi médico aconseja en mi centro de trabajo, que se me realice una adecuación de mi puesto de trabajo.

7.- Como consecuencia de todo lo expuesto en los puntos anteriores. Considero que el servicio prestado no ha sido el correcto. (...) ».

2. Mediante Resolución de 28 de noviembre de 2019, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos.

3. Con fecha 29 de abril de 2022, consta registrado el informe del SIP, en relación con el daño por el que se reclama, adjuntando los informes médicos preceptivos (art. 81.1 LPACAP). Así, indica el informe:

« (...) Paciente varón con fecha de nacimiento 08.06.74, con antecedentes de discopatías lumbares (2009) y cervicales (2016).

B.- El 21.01.18 ingresa en el CHUIMI, con carácter programado a fin de someterse al día siguiente a intervención quirúrgica de Hernia discal lumbar L5-S1 por el Servicio de Neurocirugía mediante microdiscectomía L5-S1.

La microdiscectomía constituye hoy día un estándar entre las distintas opciones quirúrgicas existentes, con la que se obtiene un buen resultado en el 76-93% de los casos.

Suscribe documento de consentimiento informado para Cirugía de Hernia discal lumbar donde figura entre los riesgos: " (...) .Lesión radicular nueva, persistencia o agravamiento de la existente (0.5-2%). Recidiva de hernia discal que necesite reintervención (2.8- 11%). Fístula de líquido cefaloraquídeo (0.5-1.5%). Infección superficial (0.9-6.8%). Meningitis (0.4-3 %). Lumbalgia residual (5-18%). Mortalidad (0.02%) (...) "

C.- Es intervenido por los dres. (...) y (...) el 22.01.18 encontrando un espacio discal L5-S1 colapsado, con poco disco extruído y bastante deshidratado, realizando discectomía.

D.- Durante el ingreso, en las notas clínicas consta que el paciente presenta mucho dolor ciático izquierdo en nalga más intenso, con escasa respuesta al tratamiento farmacológico. Se realizan pruebas complementarias:

Resonancia Magnética 01.02.18: "Masa de partes blandas en el espacio epidural anterior y lateral izqdo. L5-S1 que ante la señal magnética y el medio de contraste se comporta como fibrosis epidural englobando a la raíz S1. Edema de platillos vertebrales limítrofes L5-S1 sin afectación discal. Edema en los músculos interespinosos y transversos espinosos en los tres últimos niveles con asimetría izqda. Edema en el tejido celular subcutáneo posterior a la apófisis espinoza desde L1 a S3.

No se identifican imágenes de colecciones significativas, existiendo mínimo seroma L5-S1 con asimetría izqda."

TAC 07.02.18: "Cambios postquirúrgicos recientes tras laminectomía posterior izquierda L5-S1. No signos de seroma o colección en lecho quirúrgico. Estenosis del agujero foraminales L5-S1 de forma bilateral."

*Valorado en sesión clínica se decide reintervención de revisión.*

*El paciente solicita que el Dr. (...) participe en la operación.*

*El 12.02.18 firma documento de consentimiento informado para Hernia discal lumbar. Reintervención foraminal izquierda, cuyos riesgos por la zona anatómica y procedimiento a realizar son los mismos que para la primera cirugía.*

*E.- 14.02.18: Intervención por dres (...) y (...) con hallazgos de restos de tejido fibrótico y fragmento de disco recidivado y migrado. No constan incidencias, como se describe en la Hoja quirúrgica.*

*Se conoce que la recidiva herniaria es la principal causa de dolor lumbar radicular posterior a la cirugía de las hernias discales lumbares con una incidencia entre el 5 y el 12,5%. El desenlace de la cirugía de resección de la hernia del disco lumbar se ha descrito en la literatura en términos de la tasa de éxito y oscila entre el 76 y el 93%. Esto quiere decir que existe un 7 a 24% de los pacientes que persisten con síntomas luego de la intervención. Dentro de las causas de dolor lumbar posterior a la resección herniaria y discectomía lumbar descritas están, en orden de importancia: la hernia lumbar recidivada, una nueva hernia lumbar en diferente nivel, la fibrosis peridural, la estenosis foraminal, la aracnoiditis, el síndrome facetario, la estenosis espinal secundaria y la espondilitis o espondilodiscitis. Se ha identificado a la recidiva herniaria como la principal causa de dolor lumbar radicular posterior al tratamiento quirúrgico de hernia de disco lumbar, con una incidencia de entre el 5 y el 12.5%, en seguimientos de hasta 20 años.*

*La recidiva herniaria se define como la presencia de nuevo material en el canal raquídeo proveniente de un segmento previamente intervenido, tanto del mismo lado como en el opuesto. Esta ocupación no siempre es causada por material del núcleo pulposo, ya que los síntomas también pueden ser reproducidos por trozos del anillo fibroso o por fragmentos óseos que no fueron resecados durante la primera cirugía. Se ha descrito que la microinestabilidad causada por la cirugía primaria es la responsable del desarrollo de la recidiva herniaria sumado a que la resección incompleta del disco intervertebral (a pesar de la resección del fragmento herniado y remoción de todos los fragmentos discales posibles) y la presencia de un pórtico a nivel anular favorecerían la salida de nuevo tejido discal.*

*F.- Evoluciona con dolor en glúteo izquierdo. Es valorado durante el ingreso por el Servicio de Rehabilitación, el 20.02.18 que lo atribuye a afectación piramidal. A la exploración física presenta un balance articular completo, balance muscular de EEII 5/5 y sensibilidad conservada.*

*A la exploración por Neurocirugía: No se observan amiotrofias, Fuerza conservada simétricamente, Reflejos conservados. Sensibilidad conservada.*

*El estudio neurofisiológico de 27.02.18 refleja que no se observan signos de afectación neurógena en el territorio lumbosacro izquierdo. La neuroconducción en dicho territorio es normal. Cuadro compatible con síndrome piramidal.*

*01.03.18 en Sesión clínica de Neurocirugía: " (...) se concluye tras la visualización de la prueba de RMN con contraste postoperatoria (28.02.18) que no presenta hernias discales ni recidiva de la operada. La EMG (27.02.18) se diagnostica claramente un síndrome piramidal izquierdo, para el que se solicita consulta a UDO para su tratamiento con toxina botulínica a su criterio (...) "*

*El mismo día 1 de marzo por la Unidad del dolor se valora paciente, posible sDr. miofascial izquierdo de músculo piramidal. Se plantea infiltración con botox.*

*2 de marzo de 2018 alta hospitalaria.*

*G.- 3 abril 2018: Control en Neurocirugía se expone " En general mejor del dolor ciático que le permite caminar aunque el dolor del piramidal le limita mucho. Recomiendo que sea valorado por Rehabilitación."*

*27.07.18, por la Unidad del dolor se realiza bloqueo de piramidal izquierdo se infiltran 100 UI de toxina botulínica tipo A.*

*Realiza tratamiento rehabilitador hasta noviembre de 2018.*

*Es alta en Incapacidad Temporal para el trabajo el 23.11.18*

*H.- Persisten episodios de sintomatología dolorosa hasta la fecha actual. No presenta déficit neurológico a la exploración.*

*En exploración por Neurocirugía en episodio de urgencias por dolor lumbar en la fecha 09.04.21 salvo las manifestaciones algicas no se objetiva afectación neurológica:*

*" (...) EF: Lumbar: Apofisalgia L4-L5. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar bilateral y ambos glúteos. Balance muscular: (D/I/R) 5/5/5 (normal) en todos los grupos musculares de ambos miembros inferiores. No alteraciones sensitivas, no disimetría en prueba T-R (talón-rodilla). Bragard y Lasegue negativo en ambas extremidades. No claudicación en Mingazzini. Juicio clínico: Lumbalgia sin signos de alarma (...) "*

*I.- Ello coincide con las pruebas complementarias realizadas:*

*-EMG en (...) el 23.12.20 determina que existe: Radiculopatía crónica L3-L4, L4-L5 L5-S1 izquierda leve.*

*-RMN lumbar en Hospital (...), en la fecha 14.06.21, con leve estenosis en agujeros de conjunción L4-L5 y estenosis foraminal L5-S1 que no acredita la necesidad de nuevo proceso quirúrgico.*

*Citado para el 22.06.21 en consulta de Neurocirugía NO acude.*

**CONCLUSIONES**

1.- El reclamante concreta como objeto de la reclamación: “.no haber realizado un control más exhaustivo y mantenerle en observación (...) “. De la valoración de la Historia clínica no se concluye tal circunstancia.

2.- Nos encontramos con un paciente con dolor lumbar crónico desde 2009, al que se practica en enero de 2018 una microdiscectomía L5-S1. La recidiva herniaria es la causa más frecuente de reintervención tras una cirugía de hernia discal.

La microdiscectomía es un procedimiento de columna vertebral que tiene una tasa elevada de buenos resultados, en ocasiones no se obtiene una recuperación completa del dolor radicular.

En la aparición de secuela dolorosa puede influir el estado previo a la intervención de larga evolución como en este caso. Se describe que de los pacientes que se operan la espalda, entre el 10 y el 50 % sufren el denominado síndrome de cirugía fallida de columna. En estos pacientes el dolor persiste tras la intervención o no se resuelve del todo, e incluso en algunos casos poco frecuentes, se agrava.

3.- Se practicaron las pruebas diagnósticas adecuadas: Resonancia Magnética, TAC y Electromiograma que no advirtieron afectación neurógena en el territorio relacionado con las cirugías realizadas.

4.- Previo a las intervenciones suscribió documentos de consentimiento informado, donde autorizaba al servicio de Neurocirugía a realizar la cirugía de columna lumbar, asumiendo la posibilidad de aparición de las complicaciones que se detallan en el mismo.

5.- Presenta lumbociatalgia secundaria a cirugía de espalda. Cuando, después de una cirugía de la espalda (hernia de disco, estenosis, etc.), el dolor crónico persiste, los especialistas hablan de síndrome de espalda fallida, un problema de salud que afecta a entre el 10 y el 55 por ciento, según las estadísticas, de los pacientes que se someten a una operación de este tipo. Aunque es una patología relativamente frecuente después de la intervención, esto no quiere decir que la cirugía esté mal hecha, ni siquiera que esté mal indicada, sino que el dolor no se ha solucionado.

6.- Se emite informe desfavorable (...) ».

4. El informe preceptivo emitido por el Jefe de Servicio de Neurocirugía de 11 de septiembre de 2020, señala:

« (...) Se trata de un paciente que ingresó en nuestro servicio procedente de la LEQ en fecha 21/02/2018 con el Diagnóstico de Hernia discal L5 S1 izquierda para intervención quirúrgica.

Constan en la HC electrónica que el paciente estaba correctamente estudiado e informado del procedimiento que se iba a realizar y que firmó consentimiento.

Efectivamente, como consta en el informe de alta, tras la primera intervención el paciente continuó con dolor ciático izquierdo muy limitante que le imposibilitaba la realización de las AVO por lo que fue discutido en sesión clínica (ver nota del 06/02/2018) y se decidió realizar estudios (TAC y Rm de columna lumbar para definir conducta).

El estudio de Rm de columna lumbar mostraba "Masa de partes blandas en el espacio epidural anterior y lateral izqdo. L5 S1 que ante la señal magnética y el medio de contraste se comporta como fibrosis epidural englobando a la raíz S 1 . Edema de platillos vertebrales limítrofes L5S 1 sin afectación discal. Edema en los músculos interespinosos y transversos espinosos en los tres últimos niveles con asimetría izqda. Edema en el tejido celular subcutáneo posterior a la apófisis espinal desde L 1 a S3. No se identifican imágenes (Íl: colecciones significativas, existiendo mínimo seroma L5 S1 con asimetría izqda."

El TAC por su parte informaba "Litiasis múltiples en riñón izquierdo, identificando una en pelvis renal sin signos de Uropatía Obstructiva actual. Diverticulosis colónica sin signos de diverticulitis en las asas incluidas en el estudio. Buena alineación de los cuerpos vertebrales sin identificar fenómenos de listesis. Cambios postquirúrgicos recientes tras laminectomía posterior izquierda L5 S1. No signos de seroma o colección en lecho quirúrgico. Estenosis del agujero forameal L5 S1 de forma bilateral."

Definitivamente con estos resultados y tras constatar que el paciente no mostraba mejoría con el tratamiento médico se solicitó estudio preoperatorio y se realizó la reintervención en fecha 14/02/2018 logrando extraer un fragmento de disco extruido (recidivado) como consta en el informe quirúrgico.

Es preciso aclarar que en las grandes series de paciente operados con esta técnica, Discectomía lumbar Simple, la aparición de recidivas oscila entre 7 y 3,5 % de los casos . Esta estadística es perfectamente aplicable a nuestro servicio y en fechas recientes incluso menor.

Tras esta segunda intervención el paciente mejoró considerablemente manteniendo dolor en la zona glútea izquierda de menor intensidad que en fechas previas logrando deambular. En la nota clínica de fecha 15/02/2018, un día después de la intervención se describe:

"Paciente mucho mejor después de esta cirugía. Deambulando. Leve dolor en nalga izquierda. Refiere que «no tiene nada que ver a cuando salió la primera vez de cirugía".

Sentado, desayunando, deambulando con una muleta. Ha hablado con el Dr. (...) y conmigo. Mañana alta. Haré el informe de alta esta tarde y lo dejo preparado. (...) (MI R N RC)".

Al día siguiente realicé personalmente la valoración del paciente como consta en la 1 IC electrónica:



*"Paciente reintervenido de hernia discal lumbar L5 S1 izquierda que tras la Cx mejoró el dolor ciático aunque mantiene dolor en la zona glútea y el dolor lumbar que en este momento le limita para la deambulaci3n. Camina con muletas.*

*No tiene Lassegue aunque si hipoestesis distal en trayecto L5 y S 1.*

*Herida con buen aspecto. Solicito faja de poyo lumbar con ballenas. Hago P8.*

*Explico al paciente las particularidades de la Cx y que existe un porcentaje de posibilidades de recidiva que esta descrito y que todo se est1 realizando segun protocolo (me interroga sobre si se levanto muy pronto). Evidente p1rdida de confianza por m a la evoluci3n."*

*En los d1as posteriores mostr3 escasas secreciones por la herida y se tom3 cultivo. El resultado del cultivo bacteriol3gico convencional fue negativo y solo en el cultivo prolongado, Cutibacteriumacnes. Este germen es flora habitual de la piel y puede ver exacerbada su virulencia en situaciones de inflamaci3n local.*

*En esta ocasi3n paciente operado y reintervenido en corto per1odo de tiempo) las posibilidades de infecci3n de la herida se incrementan exponencialmente, sin embargo la contaminaci3n (frecuentemente as1 se le llama a esta infecciones superficiales), fue controlada f1cilmente y no tuvo NINGUN impacto en el resultado final del proceso quir1rgico.*

*El paciente comenz3 tratamiento Rh en planta. En fecha 22/02/2018 y ante la persistencia del dolor (nunca como antes de la primera intervenci3n) se solicit3 nuevo estudio de Rm de columna lumbar y estudio EMG.*

*Comentario: Es importante se1alar que es frecuente que aquellos pacientes que han estado con compresi3n radicular tengan en el posoperatorio dolor en el territorio radicular en relaci3n con el da1o que ha experimentado el nervio. A este cuadro se le llama Radiculopat1a postquir1rgica y puede aparecer hasta en el 15% de los pacientes operados de Hernia discal.*

*Definitivamente el resultado de la Rm de columna lumbar mostr3 la resoluci3n de la hernia con los cambios postquir1rgicos propios de este tipo de intervenciones.*

*El EMG por su parte fue informado como S1ndrome del Piramidal con recomendaciones de tratamiento con Toxina Botul1nica. Inmediatamente se solicit3 valoraci3n por UDO que valor3 al paciente.*

*Se concedi3 alta hospitalaria para seguimiento por CCEE dado que el proceso quir1rgico hab1a terminado y que el resto del tratamiento que precisaba pod1a ser ambulatorio. El enfermo no estuvo especialmente de acuerdo por lo que acudi3 a Subdirecci3n M1dica. Se confirm3 el alta el d1a 02/03/2018.*

*Tras el alta hospitalaria ha sido valorado en CCEE NCR por mí en una ocasión (03/04/2018): "Regresa paciente operado y reintervenido por hernia discal y posteriormente recidiva herniaria que precisó posteriormente valoración por UDO por Síndrome del Piramidal para lo que está pendiente de realizar infiltración. En general mejor del dolor ciático que le permite caminar aunque el dolor del piramidal le limita mucho.*

*Recomiendo que sea valorado por Rh."*

*Conclusión:*

*1. No es cierto que la actuación de los servicios sanitarios dependientes del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI no hayan realizado los controles exhaustivos, ni hayan mantenido observación adecuada en relación al problema de salud. En todo momento se tomaron las medidas pertinentes con la mayor celeridad para cada situación y se realizaron estudios e intervenciones según mandan los protocolos para estos casos.*

*Constan en la HC electrónica que cada problema de salud fue diagnosticado y tratado con los medios necesarios y las complicaciones que desgraciadamente se produjeron, aunque lamentables, están perfectamente establecidas en los consentimientos informados.*

*Por otro lado, de manera personal, se le informó al paciente de cada acción y de cada contingencia que se produjera. Es preciso comentar además que todas las decisiones sobre este paciente, y consta en las notas de la HC electrónica, se tomaron de manera colegiada (Sesión Clínica del Servicio de NCR del CHUIMI).*

*2. En todo momento el trato que se le dispensó fue correcto, entendiendo su realidad e intentando dar solución a sus problemas de salud.*

*3. El paciente siempre tiene la posibilidad de no asumir las complicaciones, no autorizar al cirujano la realización de la intervención.*

*Desgraciadamente en la práctica de la medicina, existen riesgos que, aunque se han logrado minimizar pueden presentarse independientemente de la actuación del equipo médico. No entender esto es tener una visión sesgada de la realidad (...) ».*

5. Asimismo, consta un segundo informe de 22 de abril de 2022 del Jefe del Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario universitario-insular Materno Infantil, emitido a instancias de la Asesoría Jurídica que señala:

*« (...) Según consta en la H.C. se ha realizado estudio de RNM de columna lumbar actualizada que informa:*

*"Correcta alineación de los cuerpos vertebrales en el plano sagital sin listesis. Cuerpos vertebrales con morfología, altura e intensidad normal. Pinzamiento del interespacio L5-S1 donde se asocia osteofitos marginales y hernia paracentral con extensión foraminal izquierda que impronta el espacio epidural anterior contactando con la raíz ipsilateral que esta engrosada por compromiso radicular. Estenosis bilateral de predominio izquierdo.*

*En el espacio L4-L5 prominencia disco osteofitaria con impronta en el espacio epidural anterior y lateralmente junto con la hipertrofia de carillas articulares que condiciona leve estenosis de agujeros de conjunción. No se detectan otras protrusiones discales. No masas paraespinales."*

*El estudio EMG por su parte informa "Estudio compatible con radiculopatía crónica L3-L4- L5-S1 izquierda leve sin signos de denervación aguda a correlacionar con la prueba de imagen"*

*Clínicamente el paciente se encuentra con dolor permanente en la zona glútea izquierda recurrente y dolor radicular izquierdo.*

*Comentario:*

*Los resultados de los estudios muestran la evolución natural de un paciente que fue intervenido en dos ocasiones de Discectomía lumbar en el mismo espacio.*

*Habitualmente tras una discectomía doble la altura del disco disminuye considerablemente y genera sintomatología de dolor lumbar recurrente que limita al paciente para realizar incluso pequeños esfuerzos.*

*Con respecto al resultado del EMG solo muestra Radiculopatía crónica sin lesión aguda que es una lesión secular y que puede verse en cualquier paciente operado incluso con resultados clínicos favorables (...) ».*

6. En fecha 3 de mayo de 2022, se procede a la apertura del período probatorio y del trámite de audiencia, confiriendo al reclamante un plazo de 10 días a fin de que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime oportunos.

7. Con fecha de registro de entrada de 13 de julio de 2022, por el reclamante se presenta escrito de alegaciones en el que, en síntesis, reitera lo manifestado en la reclamación inicial.

8. Con fecha 17 de julio de 2022, se emite Propuesta de Resolución de la Secretaria General del SCS, mediante la que se desestima la reclamación formulada por el interesado.

9. Con fecha de 25 de julio de 2022, por la Asesoría Jurídica Departamental se emite informe preceptivo, considerando ajustada a derecho la Propuesta de Resolución.

### III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por el interesado, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

2. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- 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).

Jurisprudencialmente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el*

*estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

3. En el supuesto planteado, el interesado solicita una indemnización de 250.000 euros por los daños y perjuicios ocasionados, con base en la deficiente asistencia sanitaria que, según dice, le fue prestada por el SCS.

4. Al respecto, el SIP, en su informe nos advertía que se había actuado correctamente por el servicio sanitario al indicar que la recidiva herniaria es una causa frecuente de reintervención tras una cirugía de hernia discal, intervención que le fue practicada al paciente habiéndosele informado que la recuperación completa del dolor radicular podía no ser completa y que la aparición de la secuela dolorosa pudo haber influido en el estado previo a la intervención practicada, siendo de larga evolución. Además, una vez contrastados los documentos obrantes en el expediente con las alegaciones vertidas por el reclamante, se confirma por los facultativos, particularmente en el preceptivo informe emitido, que actuaron siguiendo el protocolo médico establecido, pues se le practicaron las pruebas diagnósticas adecuadas: Resonancia Magnética, TAC y Electromiograma que no advirtieron afectación neurológica en el territorio relacionado con las cirugías realizadas.

Tales extremos se confirman, tanto en el informe médico preceptivo del Jefe de Servicio de Neurocirugía expuesto en el anterior Fundamento, como en la restante documental sanitaria obrante en el expediente, de lo que se puede deducir que el dolor que padece el afectado fue correctamente tratado en todo momento. Así, el Jefe de Servicio de Neurocirugía verifica en su informe, coincidiendo con el SIP y restante documental médica, que en el informe de alta tras la primera intervención el paciente continuó con dolor ciático izquierdo muy limitante, por lo que su diagnóstico fue estudiado y analizado nuevamente, realizándose todas las pruebas médicas requeridas -TAC y Rm de columna lumbar para definir conducta-. Los resultados obtenidos constataron que el paciente no mostraba mejoría, razón por la que se realizó la reintervención en fecha 14 de febrero de 2018, y que tras esta segunda intervención el paciente mejoró considerablemente.

5. Por lo demás, obran en el expediente los documentos de consentimiento informado, tanto para anestesia como para intervención quirúrgica, mediante los que el interesado fue informado acerca de las intervenciones que se le practicarían con sus distintos efectos y, en particular, los riesgos que pudieran derivar de la práctica

operatoria, datados el 21 de enero y 12 de febrero de 2018, esto es, el día anterior a la intervención. En consecuencia, el paciente no desconocía la asistencia sanitaria que estaba recibiendo, su diagnóstico y posible curación con el tratamiento respectivo (páginas 154 y siguientes del expediente).

6. A mayor abundamiento, ha de considerarse que no transcurrió un mes desde la primera y segunda intervención. Lo que determina irrefutablemente que la actuación médico-sanitaria fue eficaz y eficiente en su conjunto.

7. En el supuesto planteado, pues, no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud, porque el diagnóstico fue correcto y oportunamente tratado según la sintomatología que iba presentando el paciente y de conformidad con el protocolo médico pautado, no habiéndose probado por el interesado una actuación médica incorrecta, por lo que no puede apreciarse nexo causal entre el funcionamiento del servicio de salud y el daño alegado.

8. La Administración Sanitaria ha acreditado en el presente supuesto que se ha actuado conforme al criterio de la *lex artis ad hoc*, determinándose la normalidad de los actos médicos, habiendo cumplido con el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida de acuerdo con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP). Por lo que no existiendo nexo causal que atribuya responsabilidad al SCS por los hechos alegados por el interesado, la reclamación debe ser desestimada.

9. En definitiva, al no concurrir en el presente caso infracción de la *lex artis*, como tampoco se ha probado la omisión en la prestación de los medios adecuados por la asistencia sanitaria, sin que se haya demostrado por el reclamante daño antijurídico alguno ni el nexo de causalidad requerido, no nace el deber de indemnizar al interesado por los daños alegados.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, es conforme a Derecho.