

En Logroño, a 27 de julio de 2015, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiéndose ausentado el Consejero D. Pedro M<sup>a</sup> Prusén de Blas, por concurrir en el mismo causa legal de abstención, y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

**39/15**

Correspondiente a la consulta formulada por la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. A.F.L, por daños y perjuicios que entiende causados al ser tratado en el SERIS, de una espondilolistesis lumbar con protusión y espondiloartrosis, generadores de estenosis segmentaria del canal raquídeo, mediante una laminectomía descompresiva radicular y artrodesis con tornillos pediculares con secuelas de síndrome de cola de caballo y otras dolencias; y que valora en 350.845,79 euros.*

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Antecedentes del asunto

#### Primero

La reclamación se inició mediante escrito de 6 de agosto de 2014, presentado en el Registro del Gobierno de La Rioja, el siguiente 12 de agosto de 2014.

La Consejería de Salud dictó Resolución, de 29 de agosto de 2014, en cuya parte dispositiva se resolvía tener “...por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 12 de agosto de 2014...” y se designaba Instructora del procedimiento.

## Segundo

En dicho escrito, de forma resumida y en cuanto a los datos más relevantes en lo que a este dictamen se refiere, el reclamante, quien, en la fecha de los hechos que relata, contaba con 57 años, señala lo siguiente:

*“... fue intervenido, el 30 de junio de 2012, en la C.V.M, derivado de la lista de espera del Hospital San Pedro, para cirugía de columna lumbar, por clínica de estenosis de canal, susceptible de neurocirugía (Dr. G.P.), a resultas de lo cual le han quedado unas secuelas consistentes en “lesión axonal muy severa a nivel radicular L5 a S2 bilateral. Actualmente, sólo se observa muy escasa actividad voluntaria, residual en un musculo L5 izquierdo. No hay signos de reinervación crónica prácticamente en ningún músculo y, a nivel L5-S1, persisten signos de denervación activa. En resumen, los hallazgos son compatibles con síndrome de cola de caballo, de intensidad muy severa. La ausencia de reinervación...(sic. Reinervación)...en este momento evolutivo, orientan a irreversibilidad del proceso ...acudió al Servicio público de salud en el año 2011, toda vez que, desde hacía algún tiempo, sufría de lumbalgias de afectación progresiva en intensidad y duración, que, de forma ocasional, le dificultaban el normal desarrollo de sus actividades diarias”.*

*“...en fecha 2 de enero de 2012, se le practicó una resonancia magnética nuclear en su columna lumbar, que evidenció una "rectificación de la lordosis fisiológica lumbar. Incipientes cambios degenerativos óseos y discales generalizados. Incipiente protrusión discal L2-L3 global y subligamentosa. Espondilolistesis L3-L4 y L4-L5, asociada a protrusión global y subligamentosa y cambios degenerativos espondiloartrosicos, condicionando una estenosis segmentaria del canal raquídeo. Protrusión discal L5-S1 global y subligamentosa. Cambios degenerativos en las articulaciones interapofisarias de L3-L4, L4-L5 y L5-S1 ... fue incluido en la lista de espera de Cirugía del Hospital San Pedro, al objeto de ser intervenido en su columna lumbar "por clínica de estenosis de canal para neurocirugía”.*

*“... fue derivado a la C.V.M, al objeto de practicársele la precitada intervención quirúrgica ... el tratamiento consistió en la liberación de raíces y saco dural mediante laminectomía completa desde L4 a S1. Se realiza, posteriormente, artrodesis con fijador interno modelo Zodiac. Injerto autólogo extraído de la zona ósea extraída. Se colocan dos redones”.*

Una vez practicada esa intervención, se emitió informe de alta, de fecha 3 de julio de 2012, en el que se consignó que la evolución posoperatoria *"ha sido tórpida precisando transfusión de sangre, cuatro unidades. Ahora la evolución de la herida es normal, pero precisa de seguir con RHB [rehabilitación] debido a la paresia de miembros, aunque conserva sensibilidad. Se ha iniciado la RHB”.*

En fecha 4 de octubre de 2012, fue reconocido por el equipo facultativo, pudiéndose constatar que aquél *"se ha mostrado siempre cooperativo, y activo en su rehabilitación, logrando poder deambular solo con muletas".* En lo que a la evolución se refiere, se objetiva que *" actualmente deambula solo con muletas, con estabilidad, en seguimiento por (el Servicio de) Neurocirugía en C.V.M; ayer acude a consulta (del Servicio de) Rehabilitación y le orienta que sería prudente solicitar EMG, supongo que de ambos miembros inferiores”.* Se le recomienda *"seguimiento por el Médico de cabecera, quien realiza los cambios necesarios. Mantener la rehabilitación diaria. No aumentar de peso”.*

Continuando con el tratamiento rehabilitador, es objeto de diversas revisiones y pruebas (en los días 24 y 27 de octubre, y 14 de diciembre todos ellos de 2012; y, 11 de enero y 22 de febrero de 2013), en las que se concluye con la necesidad de continuar el tratamiento rehabilitador, así como una ligera y lenta mejoría.

En fecha 19 de marzo de 2013, se le practicó una electromiografía, concluyéndose que: *“se observan signos de lesión axonal muy severa a nivel radicular bilateral L5-S1 y S2 algo asimétricos. A nivel L5 persisten los signos de denervación activa con escasos cambios de reinervación. Los músculos más distales de las extremidades inferiores (S1 y S2) presentan cambios más acusados, siendo la denervación prácticamente completa en la musculatura intrínseca de los pies. Estos hallazgos en el contexto clínico del paciente de hipoestesia en silla de montar, son compatibles con síndrome de cola de caballo”*.

Tras ello, continua con el tratamiento rehabilitador y el seguimiento médico realizándosele nuevamente reconocimientos y pruebas (en los días 26 de abril, 14 de junio, 17 de junio, y 18 de julio todos ellos de 2013), en las que se estima la necesidad de continuar la rehabilitación, y la ligera mejoría.

En fecha 26 de abril de 2013, el paciente se sometió a nuevo reconocimiento médico, constatando la evolución de su cuadro hasta el momento. Como tratamiento, se prescribió: *“debe seguir con tratamiento rehabilitador”*.

Asimismo, con fecha 13 de septiembre de 2013, se le volvió a reconocer médicamente, una vez más, en la C.V.M, objetivándose que *“deambula mejor que en la consulta anterior. Parece que va recuperando lentamente la parestesia dorsal del pie izquierdo. La parestesia plantar está muy similar”*.

### Tercero

Continua indicando, en su escrito de reclamación, que su estado fue revisado en el Hospital Universitario de Burgos para valorar su evolución; con fecha 21 de noviembre de 2013, se emitió informe facultativo en el que, además de objetivar *“disfunción de esfínteres aunque consigue controlar orina, daño axonal muy severo de L5 a S2 bilateramente”*; y que *“camina con andador; debilidad dorso flexión pie bilateral; acorchamiento perineal completo; la rehabilitación le ha mejorado la atrofia muscular glútea”*; la impresión final diagnosticada fue la de: *“secuelas de lesión nerviosa de cola de caballo”*.

En coherencia con lo anterior, los resultados del último estudio electromiográfico, de fecha 5 de diciembre de 2013, dieron como conclusión que *“persisten signos de lesión axonal muy severa a nivel radicular L5 a S2 bilateral. Actualmente solo se observa muy escasa actividad voluntaria residual en un músculo L5 izquierdo. No hay signos de reinervación crónica prácticamente en ningún músculo y a nivel L5-S1 persisten signos de denervación activa. En resumen los hallazgos son compatibles con síndrome de cola de caballo, de intensidad muy severa. La ausencia de reinervación en este momento evolutivo orientan a irreversibilidad del proceso”*.

En fecha 27 de diciembre de 2013, el paciente se sometió a nueva revisión médica en la C.V.M, donde se consideró que el proceso de mejora se había estancado, siendo el juicio clínico: *“paciente con síndrome de cola de caballo. Está incapacitado para toda actividad laboral”*.

Por último, cuantifica esos daños, aplicando la Resolución de 21 de enero de 2013 que actualiza a ese año el baremo para las indemnizaciones, regulado en el Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por RD-Leg. 8/2004, de 29 octubre, que establece un *«Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación»*, en la suma de 350.845,79 euros.

#### **Cuarto**

La Instructora del procedimiento, tras remitir al reclamante un escrito, de 1 de septiembre de 2014, recibido por éste el siguiente 4, notificándole la iniciación del procedimiento, así como los plazos y demás datos necesarios; dirigió, el 2 de septiembre de 2014, sendos escritos, a la C.V.M, y a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando remisión de los antecedentes que existiesen y datos e informes de interés en relación con la asistencia sanitaria prestada al reclamante; copia de la historia clínica de la asistencia reclamada exclusivamente; e informe de los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada y la situación, a fecha de esa solicitud, del paciente. A la C.V.M. le solicitó, además, que, de tener póliza de seguro el día de los hechos, le facilitara los datos de la misma.

Igualmente notificó la existencia de la reclamación a la Aseguradora del SERIS, siendo esta W.R.B, quien, acusó recibo de tal comunicación por escrito de 12 de septiembre de 2014. Dichas solicitudes fueron cumplimentadas:

-El de la C.V.M, por escrito de 30 de octubre de 2014, presentado en el Registro del correspondiente el siguiente 31; y acompañando la documentación solicitada. Asimismo, notificó que M.I. era su Aseguradora.

-La Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, mediante escrito de 9 de octubre de 2014, presentado el siguiente día 10, al que acompaña informes de los Dres. D. J.M-I. y D. M.M, así como el resto de documentos solicitados referente a las atenciones e intervenciones practicadas en el Complejo Hospitalario *San Millán- San Pedro* (historia clínica, informes de médicos intervinientes, etc.).

La Instructora notificó, por escrito de 24 de noviembre de 2014, a la Aseguradora de la

C.V.M, la existencia de la reclamación, el cual fue recibido el siguiente 27.

### Quinto

Cumplimentado el expediente, la Instructora, por escrito de 25 de noviembre de 2014, solicitó, a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, un informe, del Médico Inspector que correspondiese.

En fecha 12 de enero de 2015, la Aseguradora de la C.V.M presentó en el expediente un informe pericial, emitido el 7 de enero de 2015, por el Dr. D. P.M.G-P, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología; en el que, tras una exposición de en qué consisten la espondilólisis y la espondilolistesis, y examinar cómo se determinaron las dolencias que presentaba el reclamante y los actos médicos que se le efectuaron, establece como **conclusiones:**

*“2. Valorado por el Dr. G.P. en el mes de junio de 2012, tras realizarle los oportunos estudios de imagen, aconsejó tratamiento quirúrgico. Correcto.*

*3. La intervención tuvo lugar el día 29/06/12 en el C.V.M., previo estudio preoperatorio y firma de C.I, donde figuraban claramente las posibles complicaciones de la intervención, entre ellas, la persistencia o aparición de daño neurológico.*

*4. Tras unos días de estancia en UCI, con una buena evolución inicial desde el punto de visto neurológico, a los 2 días comenzó a presentar debilidad en la zona más distal de mm.ii., sobre todo para la flexión dorsal del tobillo derecho (no olvidemos que ya presentaba sintomatología neurológica previa, con irradiación del dolor a MID, parestesias en MII, cojera a expensas de MID e hipostesia en territorio L5 derecha). Se inició tratamiento rehabilitador, que se prolongó durante 12 meses.*

*5. El resultado final fue de mejoría, sobre todo del dolor lumbar y recuperación neurológica de la musculatura proximal de las extremidades, persistiendo un déficit neurológico por un síndrome de cono epicono medular, de etiología indeterminada.*

*6. No se reconoce la existencia de mala praxis o de actuación no conforme a lex artis por parte del Dr. G.P. La cirugía estuvo bien indicada y muy bien realizada. La afectación radicular residual entra dentro de las posibles complicaciones de ese tipo de cirugía, incluso estando correctamente realizada, como así constaba en el C.I. y el paciente, a pesar de todo, mejoró sensiblemente respecto a antes de la cirugía.”*

Por escrito de 26 de febrero de 2015, presentado en ese mismo día, se aportó al expediente el informe de Inspección Médica, en el que—entre otras cuestiones, y recogiendo de la historia clínica del reclamante- expresa que:

*“En junio del 2012, se deriva su caso al HVLM para la realización de la intervención, y, en ese momento, presenta dolor lumbar continuo, limitación para enderezarse, irradiación del dolor lumbar hacia extremidad inferior dcha., y parestesias en extremidad inferior izquierda, claudicación en la deambulaci3n, teniendo que pararse y sentarse a los 20 metros, cojea con extremidad inferior dcha., hipoestesia L5 dcha.” (y a1ade que, tras los sucesivos tratamiento rehabilitadores se le realizaron) “nuevos EMGs en marzo y junio del 2013, en los que se comienza a hablar ya de s3ndrome de cola de caballo, da1o axonal ra3ces L5-S2 bilateral grado muy severo, S1, S2, L5 dcha. Sin signos de reinervaci3n, denervaci3n activa L5 bilateral. A la vista de la evoluci3n y resultado de los EMGs, se plantea revisi3n por (el Servicio de) Neurocirug3a, tanto en el HVLM como en el Hospital Universitario de Burgos, descartando la necesidad de nueva intervenci3n ya que, tanto en el estudio Rx, como en el TAC, hablan de “columna aparentemente estable y descomprimida”.*

Tras todo ello establece como **conclusiones**:

*“2.- Dado el diagn3stico inicial y situaci3n cl3nica del paciente, la intervenci3n estaba justificada y la t3cnica quir3rgica elegida la adecuada a la misma (tal y como consta en bibliograf3a consultada). En el procedimiento quir3rgico no se han podido constatar incidentes y las exploraciones complementarias realizadas con posterioridad hablan de columna aparentemente estable y descomprimida, sin alteraciones en el material de fijaci3n utilizado, de hecho se descart3 la necesidad de nueva intervenci3n, luego no se puede hablar de imprudencia, impericia o negligencia.*

*3.- En cuanto a la supuesta irregularidad al ser dado de alta a pesar de la debilidad manifiesta de las extremidades inferiores, el tratamiento en esos casos requiere iniciar a la mayor brevedad la terapia rehabilitadora, estimular terminaciones nerviosas, recuperar masa muscular, con el fin de conseguir la mayor recuperaci3n funcional posible, como as3 se hizo independientemente de encontrarse hospitalizado.*

*4.- El tipo de intervenci3n quir3rgica que se llev3 a cabo es complicada e importante porque lleva impl3citos una serie de riesgos de los que el paciente debe ser conocedor. En el consentimiento informado sobre instrumentaci3n de columna y artrodesis vertebral, que el paciente firma el 12/02/2012, se recoge, en el punto 5), apartado c), entre otras complicaciones posibles: “secuelas neurol3gicas que puedan ser irreversibles por lesi3n de la m3dula espinal o nervios en la maniobras del acto quir3rgico”. Es decir, aun reconociendo las limitaciones de la situaci3n actual, el paciente debi3 ser consciente de la existencia de estos riesgos y los asumi3”.*

## **Sexto**

Finalizada la instrucci3n del expediente con los datos, informes y escritos precedentemente descritos, la Instructora, en escritos de 16 de marzo de 2015, puso tal circunstancia en conocimiento de todos los personados en el mismo: el reclamante, (recibido por 3l el siguiente 24); la de C.V.M y su Aseguradora (recibidos ambos el siguiente 19). En dichos escritos, se les conced3a el tr3mite de vista del expediente y plazo de alegaciones.

El reclamante present3 escrito de alegaciones de 7 de abril de 2015, en las que se

ratificaba en sus manifestaciones iniciales, determinando, a la vista de los datos e informes obrantes en el expediente, que la responsabilidad patrimonial que reclamaba tenía su fundamento en que la secuela de lesión axonal muy severa, a nivel radicular L5 a S2 bilateral, se manifestó en fechas muy inmediatas a la intervención quirúrgica, y que todos los informes reconocen la imposibilidad de determinar la causa que dio lugar a ella, concluyendo (*a sensu contrario*) que, “*si no se conoce la causa, es porque algo se hizo mal*”; y que el resultado final global ha sido, total y desproporcionalmente, negativo para el paciente, cuestión que, pese a estar recogida en el consentimiento informado, no lo está en la medida de tan “*gran daño*” (en síntesis, el criterio del daño desproporcionado).

A esas alegaciones, acompaña un dictamen psicológico, de 20 de octubre de 2014, en el que, se expresa que:

*“... Actualmente no tiene vivienda, está en casa de una hermana que la ayuda, refiere poca relación con el resto de hermanos. No tiene relaciones sociales, los amigos han desaparecido... suele salir todas las mañanas dándose largos paseos, aunque tiene que parar cada poco tiempo... Habla de pensamientos negativos, de inutilidad, desasosiego, cierta suspicacia, sin esperanza de futuro. Siente malestar emocional por todo lo que le ha pasado, su estado actual, dice que no puede concentrarse en la lectura ....intenta estructurarse el tiempo e intenta llevar una rutina diaria. Se queja de dificultades para dormir a pesar de tomar medicación para ello. Dice necesitar algo de ayuda para su aseo personal, por la dificultad de temor a mantener la estabilidad”.*

Y califica su estado como constitutivo de un *trastorno adaptativo ansioso-depresivo*. Asimismo, acompaña la Resolución de 3 de octubre de 2014, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se le reconoce, al reclamante, un grado de discapacidad del 62 por ciento.

### **Séptimo**

Completados los trámites referidos, con fecha 3 de junio de 2015, la Instructora elaboró la Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Recibida la Propuesta de resolución antedicha por la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud, ésta solicitó a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, el preceptivo informe, el cual se llevó a cabo con fecha 23 de junio de 2015, considerando ajustada a derecho la Propuesta de resolución.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente en fecha 25 de junio de 2015, y registrado de entrada en este Consejo el 26 de junio de 2015, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 29 de junio de 2015, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad de dictamen del Consejo Consultivo**

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una Propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11, g), de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción hoy vigente, fija la preceptividad del dictamen cuando la cuantía reclamada sea igual o superior a 50.000 euros.



Siendo, en este caso, la reclamación de 416.246,92 euros, nuestro dictamen es preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del artículo 12.2 del citado RD 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC).

## Segundo

### **Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública**

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la LPAC, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del RD 429/1993, de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (por todos, D.20/13), pueden sintetizarse así:

1. Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
2. Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.
3. Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.
4. Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las

Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijera este Consejo Consultivo, entre otros, en su dictamen D.3/07, “...la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demanda: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterio de la *lex artis ad hoc*, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo...”.

Este Consejo ha venido recogiendo, en sus dictámenes, los requisitos para que se produzca la responsabilidad patrimonial sanitaria establecidos por los Tribunales de Justicia, en las Sentencias dictadas sobre dicha materia, de las que constituye exposición, clara, y ampliamente fundada, la de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior Justicia de La Rioja, de 15 mayo 2013, ya citada en anteriores dictámenes (cfr. D.04/14, D.41/14 y D.56/14), a los que nos remitimos.

### Tercero

#### **La existencia o inexistencia de un título de imputación del daño a la Administración en el presente caso**

1. Expuesto lo anterior, y como ya hemos indicado en el Antecedente de Hecho Sexto, *in fine*, el reclamante funda su pretensión en haberse producido infracción de la *lex artis* por cuanto se desconoce la causa de la lesión axional muy severa a nivel radicular L 5 a S 2 bilateral, y a ser desproporcionado el resultado final global.

A este respecto, hemos de reiterar lo que viene siendo doctrina de este Consejo, de la que es exponente nuestro dictamen D.81/11, respecto a que la jurisprudencia declara que la *lex artis* constituye el parámetro que permitirá deslindar aquellos casos en los que la parte reclamante no debe de soportar el daño de aquellos en los que ha de hacerlo. Por ello, es necesario aclarar si los profesionales que atendieron al paciente actuaron correctamente, de modo que, si se ha respetado la *lex artis* por parte de los Servicios públicos sanitarios, no procede proclamar la responsabilidad patrimonial; salvo que se exija a la Administración garantizar siempre la curación del paciente.

En este sentido, la STS de 21 de octubre de 2010, señala que:

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, no resulta suficiente la existencia de una lesión –que llevara la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable–, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible, ni a la ciencia ni a la Administración, garantizar, en todo caso, la sanidad o salud del paciente.”*

Y la STS de 23 de junio de 2010 recalca que:

*“La obligación del profesional sanitario no es de resultados sino de medios. En el ámbito de la salud la responsabilidad patrimonial de la Administración solo surge cuando el daño se haya producido por un acto médico no ajustado a las reglas de la “lex artis ad hoc.”*

2. En el presente caso, aun de plantearse la remota existencia de una mala praxis, ésta quedaría descartada pues, se trataría de una complicación de la cirugía, que también está descrita y que se expone como complicaciones neurológicas en el consentimiento informado. Se trataría de una complicación surgida tras la intervención quirúrgica, lo que supondría que se pudiera afirmar que se estaba ante una complicación inherente a este tipo de intervención, que resulta del todo inevitable y que la ciencia médica, a día de hoy, no puede predecir, a pesar de que los Facultativos hayan puesto a disposición de la paciente todos los medios para el restablecimiento de su patología, que no supone que aquél se haya llevado a cabo de forma incorrecta y contraria a la *lex artis*, sino que su aparición se produce a pesar de ser el actuar médico totalmente ajustado a la buena praxis médica, tal y como recogen todos los informes médicos obrantes en el expediente.

Viene reiterando este Consejo, además, que la determinación de si se ha actuado conforme a la *lex artis* constituye una cuestión *de facto* que, por su complejidad técnica, no entra dentro del ámbito de su competencia, debiendo fundarse en informes periciales que la justifiquen.

El reclamante no aporta informe pericial alguno que nos la revele, apoyándose exclusivamente en la circunstancia de que, dado que los informes periciales obrantes en el expediente reiteran que se “*desconoce la causa*”, pretende hacer valer la sospecha como prueba: “*algo tuvo que hacerse mal*”.

Por el contrario, la Propuesta de resolución recoge los informes médicos obrantes en el expediente. Así, el de la Inspección Médica específica que el reclamante presentaba

problemas lumbares desde hacía al menos 10 años, y que, en la resonancia magnética, que se le efectuó el 3 de enero de 2012, se observó una espondilolistesis, por lo que la intervención quirúrgica estaba justificada, así como que la técnica quirúrgica elegida fue la adecuada a su situación, no habiéndose podido constatar incidentes.

Además, las exploraciones complementarias realizadas con posterioridad refieren una columna aparentemente estable y descomprimida, sin alteración en el material de fijación utilizado, lo que hizo que se descartase la necesidad de una nueva intervención.

Y, en el informe pericial del Dr. G-P, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, se insiste en que el tratamiento quirúrgico era lo indicado para su patología y se realizó mediante una perfecta técnica, así como que fueron correctos el tratamiento rehabilitador y el seguimiento hasta el alta definitiva.

A lo que nos permitimos añadir que, como se recoge de los datos obrantes en el expediente relatados en los precedentes antecedentes fácticos de este dictamen, el paciente fue objeto de una posterior revisión en el Hospital de Burgos, no poniéndose en evidencia ni disfunciones en la intervención quirúrgica practicada, ni estimándose necesaria una nueva intervención.

Pero es que, además, consta en el expediente el consentimiento informado, en cuyo punto 5, apartado c), se recogen, como complicaciones de la intervención quirúrgica, *“secuelas neurológicas que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras del acto quirúrgico”*.

**3.** Y es que (y con esto hacemos ya alusión al segundo fundamento en que el reclamante apoya su pretensión indemnizatoria), no se trata de una intervención sencilla y con resultados satisfactorios en la mayoría de los supuestos, antes al contrario: es compleja y de resultados, en múltiples ocasiones, impredecibles.

Por ello, las secuelas que afectaron al reclamante pueden ser consideradas de las que se vienen denominando *riesgo típico* de la intervención. Como ha tenido ocasión de señalar este Consejo, en su dictamen D.94/09, y precisamente ante un supuesto muy similar al del expediente dictaminado, la actuación de los Facultativos en la intervención quirúrgica se ha ajustado a la *lex artis* y el daño concomitante (síndrome de cola de caballo) es un riesgo típico propio de estas delicadas intervenciones, riesgo asumido por el reclamante, expresado en el consentimiento.

No cabe, por ello, hablar de mala praxis médica como explicación del daño producido, sino de un *riesgo típico* en esta clase de intervenciones quirúrgicas, extraordinariamente delicadas por la posible afección al sistema nervioso. En consecuencia, el daño concomitante a la intervención quirúrgica no puede ser imputado a la Administración sanitaria, pues su obligación, contrapartida del correspondiente derecho del paciente a las prestaciones sanitarias, es *de medios* -y éstos se han puesto, como ha quedado acreditado en el expediente- que *no de resultados* satisfactorios que, lamentablemente, no se han alcanzado en el presente caso. Pero ese daño objetivo constatado, en modo alguno puede imputarse a la Administración sanitaria.

Con ello se pone de relieve que no ha existido ni infracción de la *lex artis* que el reclamante denuncia, en la intervención quirúrgica que le fue realizada, ni el daño posterior aparecido presenta las características de desproporcionado, por constituir un riesgo específico de tales tipos de intervenciones.

Además, no puede dejar de señalarse que siendo prácticamente indubitadas las opiniones periciales que hacen referencia a que, en tales situaciones, el tratamiento rehabilitador debe ser muy prolongado en el tiempo -cual ha sucedido en este supuesto-, y al que el ejercicio físico colabora, es de ver cómo, en el dictamen psicológico aportado por el reclamante en el periodo de alegaciones tras la instrucción del expediente, se especifica que “...suele salir todas las mañanas **dándose largos paseos**...”, y si bien se añade “...**aunque tiene que parar cada poco tiempo**...”, ello nos revela una mejoría de la situación del reclamante tras la intervención quirúrgica.

## CONCLUSIONES

### Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta, al no haber concurrido en ella infracción a la *lex artis*, ni ser desproporcionado el daño posterior sufrido por el paciente.



Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero