



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **48/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 4 de febrero de 2019, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 24 de septiembre de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **263/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 28 de octubre de 2016, D. Y, abogado, en nombre y representación de D. X, presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados porque, según relata el recurrente, los médicos del Servicio Murciano de Salud (SMS) no se habían percatado de que los tornillos que llevaba en la columna, de la intervención que se le había realizado en el año 1997, estaban partidos; que, además, le faltaban tres tornillos y se veían trozos de hueso, debiendo ser operado en una clínica privada con pleno éxito (folios 2 a 8 expte.).

Acompaña a la reclamación poder de representación procesal. Afirma en su escrito que también acompaña "*Hoja de Informe de Alta y dos informes clínicos del Dr. Z, documentos que señalo con los números 1 al 3*"; sin embargo, en el expediente remitido no consta dicha documentación.

El reclamante no cuantifica la indemnización que pudiera corresponderle, sino que difiere a un momento posterior su concreción.

SEGUNDO.- Por Resolución del Director Gerente del SMS de 28 de noviembre de 2016 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada al reclamante el 14 de diciembre siguiente (folios 9 a 11 bis expte.).

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I -Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA)-, a la Gerencia de Área de Salud IX-Vega Alta del Segura, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, a la Correduría Aón Gil y Carvajal, S.A. a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (folios 12 a 15 expte.).

Igualmente, se solicitó del Hospital "Nisa 9 de Octubre" de Valencia, donde fue intervenido el reclamante, copia de la Historia Clínica de éste, incluyendo pruebas complementarias y radiológicas (folio 17 expte.).

TERCERO.- Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales ha emitido informe el Dr. W, Jefe de Servicio de Traumatología del HUVA (folio 19 expte.) y el Dr. Q, Jefe de Servicio de Traumatología y C.O. del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (folio 86 expte.), con el resultado que luego se dirá.

CUARTO.- Con fecha 24 de enero de 2017 se solicitó de la Inspección Médica informe valorativo de la reclamación presentada, acompañando a dicha solicitud copia del expediente (folio 110 expte.).

No obstante, en vez de informe de la Inspección Médica se ha aportado al procedimiento un informe, de 8 de mayo de 2018, del Dr. R, Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS (folios 121 a 126 expte.).

QUINTO.- Con fecha 10 de mayo de 2018 se otorgó trámite de audiencia al interesado (folios 127 1 128 bis expte.), no constando que haya formulado alegaciones.

SEXTO.- La propuesta de resolución, de 19 de septiembre de 2018 (folios 130 a 137 expte.), desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

SÉPTIMO.- Con fecha 24 de septiembre de 2018 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo

establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 81.2 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La LPACAP, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. Dichas Leyes entraron en vigor el día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPACAP y Disposición final decimoctava de la LRJSP), por lo que habiéndose iniciado el procedimiento mediante escrito registrado con fecha 28 de octubre de 2016 le son plenamente aplicables.

II. El reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la LRJSP.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público sanitario, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

III. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó mediante escrito de fecha 28 de octubre de 2016, como hemos dicho, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPACAP. Dicho artículo, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, dispone que *"el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas"*. El interesado indica en su escrito de reclamación que *"aún no ha recibido el alta médica, y su situación de incapacidad laboral tampoco está resuelta en definitiva"*; no obstante, dado que la intervención quirúrgica a la que sometió voluntariamente en un hospital privado se realizó el día 1 de febrero de 2016 y puesto que la reclamación se interpuso el 28 de octubre de 2016, estaría dentro del plazo para reclamar.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que excede el previsto en el artículo 91 LPACAP.

No obstante lo anterior, como se dijo en el Antecedente cuarto de este Dictamen, se ha incorporado al expediente un informe realizado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS de 8 de mayo de 2018 a pesar de que, como se apuntó allí también, se había solicitado previamente a la Inspección Médica que emitiera su informe valorativo en enero de 2017.

Con ello parece sortearse tanto la posibilidad de que la Inspección Médica se demorase en la emisión de su parecer como la de que la compañía aseguradora no haya aportado en este caso ningún informe pericial. La intención no merece especial reproche, pero en ningún caso puede considerarse que esa práctica pueda ser alternativa a la evacuación del informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios (Inspección Médica) ya que es a esta última a la que le está atribuida específicamente la competencia para elaborar informe en estos casos.

Así lo establece el artículo 14.6,a) del Decreto 15/2008, de 25 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el que se dice que, en materia de responsabilidad patrimonial, le corresponde a ella *"Elaborar los informes técnico-sanitarios en los expedientes de reclamaciones de responsabilidad patrimonial que se instruyan por el Servicio Murciano de Salud, u otros departamentos de la Administración regional que así lo soliciten"*.

La circunstancia de que en este caso el Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS tenga la condición de Inspector Médico no permite entender que su actuación pueda ser atribuible a la Inspección de Servicios Sanitarios puesto que, para que así fuese, aquél tendría que ejercer sus funciones en el seno de la misma, como dispone el artículo 3.2 del citado reglamento:

"La realización de las referidas funciones en el ámbito de la asistencia sanitaria se encomienda a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del órgano directivo al que esté adscrita, todo ello, sin perjuicio de las funciones que correspondan a la Alta Inspección del Estado y en colaboración con la Inspección General de Servicios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia".

Como puede observarse, el puesto que desempeñaba ese funcionario en el momento en que evacuó su informe no estaba integrado en la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano (dependiente de la Consejería de Salud) a la que se encomendaba el ejercicio de las funciones propias de la Inspección de Servicios Sanitarios. Por esa razón, a pesar de su condición personal de inspector médico, no puede admitirse que su opinión sea la de un órgano al que no pertenece.

Para que la voluntad de la persona que actúa sea atribuible a un órgano ha de ser titular del mismo ya que, si no es así, no la expresará. A lo dicho no obstan que el número 3 de ese artículo 2 disponga que *"La Inspección de Servicios Sanitarios es el colectivo de empleados públicos integrado por médicos inspectores, farmacéuticos inspectores y enfermeros subinspectores que velará por que la provisión de servicios y prestaciones sanitarios del sistema sanitario público murciano se presten con criterios de igualdad, accesibilidad, universalidad, calidad y eficiencia y, además, aquéllas que se oferten a través de centros, servicios y establecimientos concertados se realicen en las condiciones descritas en los respectivos conciertos"*. El autor del informe, como se viene diciendo, tiene la condición de inspector médico y, por tanto, es integrante de ese colectivo pero no es a él a quien la norma otorga la competencia sino al órgano directivo en el que se incardina.

Sobre el valor de los informes de la Inspección Médica se pronunció este Consejo Jurídico en su Memoria correspondiente a 2012. Todas las consideraciones que allí se hacían resultan plenamente aplicables en el momento presente. Especialmente se llama la atención sobre a lo que allí se dijo en cuanto a la decisión de continuar o no la tramitación del procedimiento en caso de no evacuación de dicho informe:

"Así pues, el carácter determinante del informe de la Inspección Médica respecto a la resolución que ha de adoptarse vendrá dado por el particular estudio de cada reclamación y, a virtud del principio de oficialidad que rige en el procedimiento administrativo (artículos 78.1 LPAC y 7 RRP), corresponde al instructor valorar el carácter determinante de un informe, advertirlo así al solicitarlo y actuar en consecuencia. Y la decisión de continuar el procedimiento hasta su resolución sin contar con este informe -recalca el Consejo Jurídico- ha de ser adoptada con extrema precaución, pues su omisión podría dejar huérfana de apoyo técnico la decisión del procedimiento, la cual ha de adoptarse necesariamente atendiendo a los parámetros técnicos que constituyen la denominada "lex

artis ad hoc", cuyo análisis deviene esencial para establecer la existencia de relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos y el daño alegado, así como la antijuridicidad del mismo".

Por otra parte, se decía asimismo en la referida Memoria de 2012 que *"al margen de su consideración como preceptivo y determinante de la resolución, el informe de la Inspección Médica es un elemento de prueba muy importante para la Administración, que puede ser imprescindible"* y que *"contribuye decisivamente a que la resolución administrativa se produzca con las garantías que al interesado corresponden y con el carácter de objetividad que la Constitución demanda (art. 103.3), a la par que permite dar contenido a la presunción de legitimidad del acto"*.

Ello no significa, sin embargo, que no se deba tener en cuenta el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS. Lo que no puede admitirse es que sustituya al informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios. Ahora bien, su condición de médico le faculta para que sea tenido en la misma consideración que cualquier otro informe médico pericial aunque no goce de las características propias de los de la Inspección Médica, que los dotan de un valor reforzado, especialmente por su no vinculación con la entidad prestadora del servicio sanitario.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa tiene su fundamento primario en el artículo 106.2 de la Constitución: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. A partir de lo anterior, los elementos constitutivos de esta institución vienen establecidos en los artículos 32 y siguientes LRJSP y por abundante jurisprudencia recaída en la materia.

Este Consejo Jurídico, al igual que lo ha hecho en anteriores Dictámenes, ha de destacar que, si bien es cierto que nuestro ordenamiento jurídico configura un régimen de responsabilidad patrimonial de carácter objetivo, éste no convierte a la Administración en una aseguradora que deba responder automáticamente por el solo hecho de que el evento dañoso se haya producido como consecuencia de la utilización de bienes o servicios públicos con independencia del actuar administrativo, porque, de aceptar esta tesis, el régimen de responsabilidad patrimonial se transformaría en un sistema providencialista no contemplado en nuestro ordenamiento jurídico (Sentencias del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 5 de junio de 1998 y de 27 de mayo de 1999).

En suma, de acuerdo con lo establecido por el artículo 32 LRJSP, son requisitos para que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran interrumpir el nexo

causal.

- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, *"debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).*

*Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*".*

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos,

por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como ya se ha expuesto con anterioridad el reclamante presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados porque los médicos del SMS no se habían percatado de que los tornillos que llevaba en la columna, de la intervención que se le había realizado en el año 1997, estaban partidos, y que, además, le faltaban tres tornillos y se veían trozos de hueso, debiendo ser operado en una clínica privada con pleno éxito.

En el presente caso, no aporta el reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

Bien es cierto que en su escrito de reclamación, como ya se indicó anteriormente, afirma que acompaña *"Hoja de Informe de Alta y dos informes clínicos del Dr. Z, documentos que señalo con los números 1 al 3"*, pero también es cierto que no consta que dichos documentos los presentara junto al escrito de reclamación, ni han sido aportados con posterioridad, pese a haber tomado vista del expediente con fecha 5 de mayo de 2017 (folio 112 expte.) y en el trámite de audiencia con fecha 18 de mayo de 2018 (folio 129 expte.).

Es por ello que para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis* será preciso acudir a los informes de los profesionales que obran en el expediente.

I. Así, en primer lugar, el Dr. W, Jefe de Servicio de Traumatología del HUVA (folio 19 expte.), informa que:

"...el paciente fue intervenido el 24 de Octubre de 1997, por lumbalgia crónica por inestabilidad lumbar, para artrodesis lumbosacra L4 a S1, con instrumentación monolateral transpedicular del sistema ISOLA.

La evolución fue satisfactoria y durante 10 años el paciente mejoró ostensiblemente.

En Febrero de 2006 consulta por dolor lumbar con irradiación a miembro inferior izquierdo. El estudio con rx fue correcto, evidenciándose claramente la formación de hueso. Se le recomendó ejercicios en agua y tratamiento médico.

Posteriormente acudió a la consulta para contrastar opinión acerca de la idoneidad de realizarse una cirugía por una hernia discal que fue diagnosticada tras un episodio de lumbalgia aguda, En ese momento, tras la exploración realizada y la mejora de su situación clínica y dado que se trataba sobre una nueva cirugía sobre una zona artrodesada, se le recomendó no intervenir salvo empeoramiento.

En el 2010 disponemos de una rx dinámica de la columna lumbar donde no se ve alteraciones, ni rotura del material.

1) En cuanto a la rotura del material:

En la exploración radiológica realizada en el 2010 no se aprecia rotura del mismo.

Algunos tornillos podrían romperse tras este tipo de intervenciones, pero no tiene significado tras haberse conseguido la fusión intervertebral.

2) En cuanto a la artrodesis monolateral es una técnica que solo utiliza tornillos en un solo lado, pero se coloca el injerto de hueso sobre toda la estructura ósea posterolateral. NO FALTAN, la técnica es así. Bibliografía.

3) En cuanto a los trozos de hueso, corresponde al injerto óseo que se colocó y es evidente en las rx de control, lo que indica que el objetivo de la intervención está conseguido".

De dicho informe se extraen dos conclusiones claras:

1º.- Que no faltan tornillos, sino que la técnica de artrodesis utilizada fue monolateral, que sólo utiliza tornillos en un lado, y, que, al menos hasta el año 2010, no hay evidencia en las pruebas radiológicas realizadas de rotura del

material; y,

2º.- Que los trozos de hueso corresponden al injerto óseo que se colocó, y que evidencian que la intervención cumplió su objetivo.

II. En segundo lugar, el informe, de 29 de diciembre de 2016, del Dr. Q, Jefe de Servicio de Traumatología y C.O. del Hospital de La Vega Lorenzo Guirao (folio 86 expte.), indica:

"- Que en las Rx de 09/2015 NO se parecía (aprecia) la rotura de ningún tornillo. Esto sería extraño, pues la NO fusión que ya observamos en 2010, hubiera supuesto la rotura del instrumental antes, y NO 19 años después.

- Que efectivamente, la técnica de instrumentación unilateral no es una indicación que nosotros sigamos, pero no nos compete la misma.

- Que excepto en el año 2010 que renuncia a cirugía, el paciente no ha vuelto a estar en LEQ, desconociendo el motivo de la llamada desde otro centro.

- Que tras la realización de todas las pruebas a nuestro alcance, no encontramos indicación para el tratamiento quirúrgico. No disponemos de diagnóstico que justifique la cirugía, y será bueno discutir la indicación realizada".

De dicho informe también podemos extraer como conclusión que en las pruebas objetivas realizadas (radiografías de septiembre de 2015, cuatro meses antes de su operación en un hospital privado) no se aprecia la rotura de ningún tornillo y que no existe diagnóstico que justifique la cirugía.

III. En el informe, de 8 de mayo de 2018, del Dr. R, Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS (folios 121 a 126 expte.), se establecen las siguientes conclusiones:

"Conclusiones:

1. La indicación quirúrgica y la elección de la técnica quirúrgica (artrodesis lumbosacra L4-S1 con instrumentación monolateral transpedicular del sistema ISOLA) en el año 1997 por causa de una lumbalgia crónica por inestabilidad lumbar fue acertada e idónea.

2. Hasta el año 2010 el paciente se muestra asintomático (13 años de evolución postquirúrgica sin complicaciones).

3. En el año 2010 el paciente presenta una ciatalgia derecha aguda incapacitante. Por lo que es incluido en lista de espera quirúrgica en el Hospital de Cieza para realización de una discectomía-laminectomía para hernia discal.

4. El paciente, tras realizar una consulta de segunda opinión decide rechazar la intervención quirúrgica propuesta.

5. En el mes de septiembre de 2015 ingresa en el Servicio de Traumatología del Hospital de Cieza por presentar un cuadro de lumbociatalgia derecha. Recibe tratamiento con infiltración epidural siendo dado de alta por buena evolución del cuadro clínico.

6. La patología por el que es ingresado consiste en una lesión clínica radicular L3 derecho de grado severo, con signos de agudización. Presencia de lesión radicular en L4 derecho, L5 derecho y S1 derecho, crónicos.

7. Durante ese ingreso se le informa detalladamente al paciente, constando en anotaciones clínicas, de mantener un tratamiento conservador y descartar intervención quirúrgica.

8. En enero de 2016 acude a Urgencias del Hospital de Cieza donde se le trata de dolor lumbar y se recomienda control estrecho familiar para buscar ayuda en caso de empeoramiento.

9. El paciente acude voluntariamente a clínica privada donde es intervenido quirúrgicamente el 1 de febrero de 2016.

10. No existe constancia de que solicitara atención en el tiempo que transcurre entre la asistencia de enero de 2016 y la intervención quirúrgica en el Hospital Nisa 9 de octubre ni solicitara una segunda opinión que pudiera ser diferente a la del tratamiento conservador propuesto.

11. No existe constancia en las imágenes presentes en el expediente de la rotura de ningún tornillo, la técnica quirúrgica efectuada en el año 1997 fue la adecuada y solo utiliza tornillos en un solo lado, colocándose el injerto óseo sobre estructura posterolateral. Por tanto no faltan tornillos tal y como se refleja en la reclamación. Por otro lado, el propio injerto óseo ha podido ser interpretado por el reclamante como "trozos de hueso".

12. Se considera que la actuación quirúrgica y posterior médica recibida por el paciente fue la adecuada en función de la sintomatología que presentó en cada momento y circunstancia".

En conclusión, de los tres informes médicos transcritos y de la documental obrante en el expediente, y ante la orfandad probatoria por parte del reclamante, es posible afirmar que los tornillos instalados como consecuencia de la artrodesis practicada a éste en 1997 no estaban rotos, ni faltaban tornillos, ya que la técnica realizada es

monolateral y resulta adecuada y correcta; que los trozos de hueso a los que se refiere son el propio injerto óseo realizado en aquella intervención; y que el diagnóstico que presentaba el reclamante no justificaba una nueva cirugía, habiéndola solicitado éste voluntariamente a un médico y hospital privados.

En consecuencia, no resulta posible entender que se hayan ocasionado los daños que se alegan ni que exista la necesaria relación de causalidad entre ellos y el funcionamiento del servicio público sanitario. Por ese motivo, procede la desestimación de la reclamación formulada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no haberse acreditado la realidad y existencia de los daños por los que se reclama ni su carácter antijurídico y, además, por no existir relación de causalidad alguna entre ellos y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.

