



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 331/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 10 de diciembre de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 7 de marzo de 2024 (COMINTER 52460) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 8 de marzo de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_086), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 14 de julio de 2017 un abogado, actuando en nombre y representación de D. X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que su representado tenía 45 años y que en marzo de 2016 comenzó a experimentar dolor lumbar irradiado al miembro inferior izquierdo. Fue examinado en el Centro de Salud (CS) de Mula el día 23 de ese mes y, ante la sospecha diagnóstica de hernia discal, se solicitó que se le efectuase una resonancia magnética nuclear (RMN) de columna y se cursó una interconsulta al Servicio de Neurocirugía.

Seguidamente, relata que, tras la RMN, se le diagnosticó una lumboartrosis focal con hernia discal L5-S1 con afectación radicular izquierda. Añade que se le atendió el 11 de agosto de 2016 en Consultas Externas de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia. También, que se dejó constancia de que el dolor había desaparecido con tratamiento analgésico pero que perdía fuerza en la dorsiflexión del miembro inferior izquierdo y que se le dormía el primer dedo del pie. Debido a la clínica y a los resultados obtenidos en la exploración y en la prueba de imagen que se le realizó, se decidió incluirlo en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ).

Con posterioridad, el 17 de febrero de 2017, se le asistió en Consultas Externas de Neurocirugía del Hospital de Molina y se dejó constancia en un informe manuscrito de que el paciente experimentaba falta de fuerza en el pie izquierdo desde hacía un año.

El día 23 de dicho mes quedó ingresado en dicho centro hospitalario. Además de lo expuesto, la exploración física, mostró: *“lasegue izquierdo a los 45°. No déficit motor. Abolición de reflejo Aquiles izquierdo. Hipoalgesia en territorio de S-1 izquierdo”*.

Se le intervino con esa última fecha y se le efectuó la fenestración del espacio L5-S1, se confirmó la existencia de la hernia discal, con fragmento extruido en dirección craneal, y se abrió el ligamento, del que salió abundante contenido discal. Se dejó anotado en el informe clínico relativo a la operación que se produjo asimismo un *“Mínimo desgarro de dura a la altura del hombro de la raíz, se recubre con músculo”*.

Tras la intervención citada, el reclamante fue visto de nuevo en Consultas Externas, el 17 de marzo de 2017, y en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital de Molina el 15 de mayo siguiente. Los facultativos de este último Servicio le realizaron un electromiograma (EMG), que mostró *“Una lesión crónica radicular a nivel L-5 izquierdo, de grado SEVERO, que no presenta signos de agudización actualmente”*.

Una lesión crónica radicular a nivel S-1 izquierdo, de grado moderado, que no presenta signos de agudización actualmente”.

El abogado sostiene que se ha producido en este caso una clara y prolongada vulneración de la *lex artis* porque es evidente que la severa compresión radicular L5 por la lesión discal extruida pudo y debió haber sido liberada en el mes de marzo de 2016, cuando se manifestó la sintomatología descrita. Y añade que *“Demorar la cirugía descompresiva durante casi 1 año se acompañó -como era previsible- de una nula recuperación tanto de la lesión radicular L5 ya severamente cronificada en el tiempo como S1 izquierda”*.

El daño radicular era previsible y posiblemente evitable con una cirugía descompresiva precozmente ejecutada”.

Por lo que se refiere a la valoración del daño por el que reclama, la cuantifica a tanto alzado en 300.000 €, e *“incluye tanto los días que el paciente permaneció hospitalizado e impedido para la realización de su trabajo y actividades de la vida cotidiana, como las secuelas que actualmente residúan en este y la incapacidad permanente. A fin de alcanzar el principio de reparación íntegra debe indemnizarse también por el lucro cesante y el daño emergente”*.

Acerca de los medios de prueba de los que pretende valerse propone la documental consistente en la historia clínica completa del interesado.

Con la solicitud de indemnización adjunta las copias de una escritura de apoderamiento otorgada a su favor por el reclamante; del parte médico de baja y de diversos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 24 de julio de 2017 y al día siguiente se solicita a la Dirección Gerencia del Área I de Salud-HUVA y a la Dirección del Hospital de Molina que remitan las copias de las historias clínicas del interesado de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que lo atendieron.

En este último caso, se le pide que precise si el interesado fue asistido por remisión del Servicio Murciano de Salud (SMS) y si el especialista que le operó es miembro de dicho Servicio público de Salud o de su propio personal. Además, se le advierte de que, si concurriese esa última circunstancia, debería considerarse parte interesada en el procedimiento e informar de lo sucedido a su compañía aseguradora.

TERCERO.- El 30 de agosto de 2017 se recibe la copia de la documentación solicitada a la Dirección Gerencia del Área I de Salud-HUVA, que incluye la aportada por el CS de Mula, y el informe elaborado por la Dra. D^a. Y, facultativa del Servicio de Neurocirugía, el día 22 de dicho mes, que carece de interés para la resolución del procedimiento.

En un sobre se remite un disco compacto (CD) que contiene los resultados de las pruebas radiológicas que se le realizaron al reclamante.

CUARTO.- Con fecha 19 de septiembre de 2017 se recibe una comunicación de un representante del Hospital de Molina, con la que acompaña una copia de la historia clínica demandada. De igual modo, adjunta el informe realizado el día 11 de ese mes por el Dr. D. Z, facultativo del Servicio de Neurocirugía.

En ese documento se expone que *"Se trata de un paciente diagnosticado de hernia de disco lumbar (HDL) LS-S1 izquierda, remitido al Hospital de Molina para tratamiento neuroquirúrgico. Fue atendido por primera vez por mí en este Hospital el 17 de febrero de 2017, en la consulta externa de Neurocirugía.*

Según consta en su historial médico desde hacía un año tenía falta de fuerza para la flexión dorsal de pie izquierdo tras un episodio muy agudo de lumbociática izquierda. Se diagnosticó "hernia discal LS-S1 con afectación motora de raíz LS". Se informó al paciente sobre la conveniencia de intervenir la hernia si bien la recuperación motora de la pérdida de fuerza en el pie era poco probable.

El paciente fue intervenido por mí el 23 de febrero de 2017 en el Hospital de Molina. En el informe quirúrgico se detalla la existencia de una hernia discal emigrada en dirección craneal que comprimía la raíz L5. La intervención transcurrió sin incidencias salvo un mínimo desgarro de duramadre que no precisó sutura. Fue dado de alta hospitalaria a las 30 horas de postoperatorio.

En el Informe de alta hospitalaria, en el apartado de exploración clínica se dice lo siguiente: lasegue izquierdo a los 45°. No déficit motor. Abolición de reflejo izquierdo. Hipoalgesia de territorio de S1. Caderas libres. Hay un error de transcripción ya que se quiere decir "déficit motor", siendo el resto correcto.

En las revisiones postoperatorias se confirmó el mal pronóstico en relación con la recuperación motora. Se realizó un EMG registrándose únicamente lesiones crónicas de las raíces L5 y S1 izquierdas, sin agudización.

La última revisión postoperatoria realizada en el Hospital de Molina tiene fecha de 23 de junio de 2017”.

QUINTO.- El 29 de septiembre de 2017 se remite una copia del expediente a la Inspección Médica para que pueda elaborar el informe valorativo correspondiente. El 3 de octubre siguiente se envía por correo el CD que contiene los resultados de las pruebas de imagen realizadas.

SEXTO.- Con fecha 10 de julio de 2023 se recibe el informe elaborado por la Inspección Médica ese mismo día, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1. El paciente tras ser visto en CS de Mula en fecha 28-03-16 por un cuadro de lumbalgia con irradiación a miembros inferiores y ante la sospecha de Hernia Discal fue derivado a interconsulta con el Servicio de Neurocirugía, solicitándosele RMN previa a la misma.

2. El resultado diagnóstico de la RMN de columna lumbar realizada el 17-06-16 (85 días tras la petición) fue de Lumboartrosis focal con hernia discal posterolateral izquierda L5-S1 con afectación radicular izquierda y afección del calibre foraminal ipsilateral junto con artrosis apofisaria e hipertrofia ligamentaria de los elementos que conforman el arco posterior.

3. El día 11-08-16 (140 días tras la petición de interconsulta) el paciente es visto en Consultas Externas del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca que ante un cuadro de prolongada lumbalgia, con irradiación a miembro inferior izquierdo desde hace 5 meses, pérdida de fuerza en la dorsiflexión de miembro inferior izquierdo, primer dedo del pie dormido y resultado de la RMN (Lumboartrosis focal con hernia discal posterolateral izquierda L5-S1 con afectación radicular izquierda), decide dada la clínica, exploración e imagen su inclusión en lista de espera quirúrgica. (11-08-16).

4. El paciente fue intervenido el día 23-02-17 (196 días transcurridos desde su inclusión en lista de espera) en el centro privado concertado con el Servicio Murciano de Salud, Hospital de Molina, realizándose bajo raquianestesia y sedación fenestración del espacio L5-S1 izquierda abriendo ligamento con salida de abundante contenido discal, se produce mínimo desgarro de la duramadre a la altura del hombro de la raíz que no precisó sutura y se recubre con musculo. El post operatorio discurrió sin incidencias.

5. Los plazos establecidos en el Decreto de Garantías tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia fueron sobrepasados tanto en la atención a consultas externas (140 días frente a la garantía de 50 días naturales, Decreto nº 25/2006 RM), RMN (85 días frente a 30 días naturales, Decreto nº 25/2006 RM) y de intervención quirúrgica (196 frente a 150 días naturales, Decreto nº 25/2006 RM).

6. En electromiografía de seguimiento y control realizada el día 15-05-17 por el Servicio de Neurofisiología Clínica

del Hospital de Molina se establece la existencia de lesión radicular crónica a nivel L5 izquierdo de grado severo que no presenta signos de agudización actualmente (en el momento de la prueba) y una lesión crónica radicular a nivel S-1 izquierdo de grado moderado que no presenta signos de agudización actualmente.

7. La historia natural de la patología y la consideración de proceso evolutivo crónico degenerativo del cuadro patológico de las hernias discales lumbares, no permiten a la luz de la bibliografía científica examinada establecer cual o cuales hubiesen sido las consecuencias de una actuación quirúrgica más precoz o si esta hubiese podido facilitar o no un mejor resultado final tras la intervención, no pudiendo vincularse de forma absoluta y terminante la influencia o no del retraso en la situación sintomática del paciente, aunque la lógica señala que una vez adoptada la decisión de aplicar tratamiento quirúrgico, éste hubiera debido producirse en los tiempos más razonables que recogen las propias normativas de garantías asistenciales.

8. La lex artis del proceder clínico médico quirúrgico aplicado es acorde con las indicaciones y el consenso científico-técnico consensuado en la actualidad respecto a la forma de enfocar las actuaciones sanitarias frente al cuadro de hernia discal lumbar que presentaba el paciente”.

SÉPTIMO.- El 5 de septiembre de 2023 se concede audiencia al interesado para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crea convenientes.

OCTAVO.- El abogado del reclamante presenta el 3 de enero de 2024 un escrito en el que ratifica la solicitud de resarcimiento que presentó en julio de 2017.

En ese sentido, añade que, a la vista del informe elaborado por la Inspección Médica, se deduce un reconocimiento expreso de responsabilidad por parte del SMS.

Así, recuerda que en citado informe se concluye que se incurrió en una triple demora en la asistencia médica que se le dispensó al paciente. Los primeros síntomas aparecieron en marzo de 2016, la RMN se realizó en junio de 2016 y la intervención quirúrgica se efectuó en febrero de 2017.

Destaca que el Inspector concluye en su informe que ha existido una triple demora en la asistencia del paciente, de acuerdo con lo previsto en el Decreto nº 25/2006, sobre tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario Público de la Región de Murcia.

1º.- En la atención recibida en Consultas Externas (140 días frente a la garantía de 50 días naturales previstos la norma reseñada).

2º. En la realización de la RMN (85 días frente a los 30 días naturales).

3º.- En la realización de la intervención quirúrgica (196 días frente a los 150 días naturales).

Expone que, dado que es conocido que el tiempo de evolución y el grado de deterioro clínico son factores pronósticos de esta patología, y que, en este caso, el proceso asistencial se alargó excesivamente, especialmente desde que la RMN confirmó el diagnóstico y que, sin duda, tal demora está relacionada directamente con la producción del resultado. Por esta razón, considera que el SMS habrá de responder de los daños y perjuicios que le han sido generados a este paciente.

También destaca que esa actuación lesiva provocó al reclamante las graves lesiones neurológicas que padece. Enfatiza, asimismo, que existe una relación de causalidad evidente entre la demora en la que se incurrió el efectuar la cirugía descompresiva y el resultado dañoso provocado, que, además, es antijurídico. Insiste, en este sentido, en que la severa compresión radicular L5 por la lesión discal extruida pudo y debió haber sido liberada en marzo de 2016, cuando se manifestó la sintomatología. Después de casi un año -el 23 de febrero de 2017- resultaba imposible recuperar tanto la lesión radicular L5, ya severamente cronificada, como la S1 izquierda.

Se reitera que si el interesado hubiese sido operado cuando apareció su sintomatología, no presentaría el grave estado secuelar del que se encuentra afecto. Por el contrario, se hubiese paralizado el tiempo de compresión de las raíces nerviosas de la cauda equina y, con ello, su compresión, isquemia compresiva y destrucción irreversible. Destaca que ello es la causa cierta de la grave situación secuelar que padece. Y resalta que si se le hubiera operado en 2016 hubiese quedado absolutamente indemne o le hubiesen quedado unas secuelas mínimas.

NOVENO.- Con fecha 4 de marzo de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 7 de marzo de 2024, que se completa con la presentación de un CD al día siguiente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación se ha presentado por una persona que goza de legitimación activa, dado que es quien sufre los daños de carácter personal por los que solicita una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. La reclamación se ha formulado dentro del plazo de un año establecido en el artículo 67.1 LPAC, como se deduce del análisis del expediente administrativo.

En este sentido, se demanda una reparación económica como consecuencia de los daños que le causó al reclamante el retraso en realizarle una intervención quirúrgica, por lo que se trataría de un daño de carácter continuado que se convirtió en permanente en el momento en que la operación se llevó a efecto, el 23 de febrero de 2017.

Las secuelas quedaron estabilizadas el 15 de mayo de 2017 (*dies a quo*), cuando el paciente fue atendido en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital de Molina y se constató que en ninguno de los casos se advertían signos de agudización (Conclusión 6ª del informe de la Inspección Médica). Por tanto, es evidente que la acción de resarcimiento se interpuso el 14 de julio siguiente dentro del plazo establecido al efecto y, por ello, de forma temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado con notable exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPAC, puesto que se ha debido esperar un poco menos de 6 años a que la Inspección Médica emitiese su informe valorativo.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“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”*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son

recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente, e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. 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.

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-, 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.

Se ha expuesto que el interesado solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 300.000 euros como consecuencia de las lesiones radiculares (L5-S1) que le provocó el retraso que entiende que se cometió en atenderlo en Consultas Externas, en realizarle una RMN y en intervenirlo quirúrgicamente (que no se llevó a efecto hasta febrero de 2017), a pesar de que los primeros síntomas de la hernia discal lumbar habían comenzado a manifestarse en marzo de 2016. Y resalta que si se le hubiera operado entonces hubiese quedado absolutamente indemne o le hubiesen quedado unas secuelas mínimas y no las graves que padece.

Sin embargo, el reclamante no ha aportado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le permita sostener la genérica alegación de mala praxis que formula, a pesar de que así lo impone el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que trata sobre la distribución de la carga de la prueba y que resulta aplicable, asimismo, en el ámbito de los procedimientos administrativos.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento la copia completa de la historia clínica del interesado y los informes de los facultativos que lo atendieron. Se ha incorporado a las actuaciones, además, el informe valorativo elaborado por la Inspección Médica, en el que se reconoce que se sobrepasaron los plazos contemplados en el artículo 5 del Decreto nº 25/2006, del 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia.

De forma concreta, en la Conclusión 5ª se admite que los plazos reglamentarios establecidos se sobrepasaron 1) en la atención recibida en Consultas Externas (140 días frente a la garantía de 50 días naturales previstos la norma reseñada), 2) en la realización de la RMN (85 días frente a los 30 días naturales previstos) y 3) en la práctica de la intervención quirúrgica (196 días frente a los 150 días naturales establecidos).

Pese a ello, se señala en la Conclusión 6ª del informe mencionado que existen dos circunstancias que impiden determinar cuál o cuáles hubiesen sido las consecuencias de que se hubiese desarrollado una actuación quirúrgica más precoz. La primera, se refiere a la historia de la propia patología experimentada por el reclamante. La segunda, la consideración de proceso evolutivo crónico degenerativo del cuadro patológico de las hernias discales lumbares.

Debido a esas circunstancias, entiende el Inspector Médico que no se puede saber si una operación más precoz

hubiese podido mejorar o no la situación del interesado. Y destaca que no se puede establecer de forma absoluta y terminante la influencia o no del retraso en la situación sintomática del paciente.

Esa consideración le lleva a concluir, por ello, que el tratamiento de la hernia discal lumbar que presentaba el reclamante se ajustó a las exigencias de la *lex artis* (Conclusión 8ª).

Se expone acertadamente en la propuesta de resolución que esa consideración técnica expuesta por la Inspección Médica, que tiene un especial valor a efectos de prueba por ser emitido por un órgano administrativo obligado a efectuar un análisis objetivo e imparcial de las actuaciones efectuadas por los facultativos de la Sanidad Pública, no ha sido contradicha por el reclamante. De hecho, más allá de las simples manifestaciones que expone, no ha aportado algún medio de prueba que pueda servir para contestar esa conclusión técnica y sirvan para alcanzar la convicción de que el estado secueelar del interesado hubiese sido diferente si la actuación quirúrgica se hubiera practicado con una mayor antelación.

En consecuencia, no se aprecia que exista una relación de causalidad exclusiva y directa entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño personal por el que se reclama, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado convenientemente. Procede, por tanto, 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 existir relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño personal que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.