

**Expediente:** 39/2015

**Objeto:** Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

**Dictamen:** 36/2015, de 1 de diciembre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 1 de diciembre de 2015,

El Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente, don Alfredo Irujo Andueza, Consejero–Secretario, y los Consejeros doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Iruretagoyena Aldaz, don José Antonio Razquin Lizarraga y doña Socorro Sotés Ruiz,

siendo ponente don José Antonio Razquin Lizarraga,

emite por unanimidad de los asistentes el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 6 de noviembre de 2015 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.1, en relación con el artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, presentado por don..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 271/2015, de 27 de octubre, del Consejero de Salud.

A la solicitud se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio

Navarro de Salud-Osasunbidea y la Orden Foral 271/2015, de 27 de octubre, del Consejero de Salud, en la que se ordena la solicitud del dictamen preceptivo de este Consejo.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### ***Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Mediante escrito de 17 de septiembre de 2014, don... formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios derivados de asistencia sanitaria, solicitando una indemnización de doscientos mil euros (200.000 euros).

En dicho escrito, el interesado señala los antecedentes de hecho relativos al proceso asistencial que ha seguido, destacando los datos siguientes:

a) El 27 de enero de 2011 fue dado de baja “como diagnóstico Lumbociática, lumbalgia con irradiación sint irradiativo L8”.

b) El 8 de febrero de 2012 “fue operado en el Complejo Hospitalario realizándose hemilaminectomía L4 foraminotomía L5 derecha flavectomía de ligamento amarillo atrofiado. Sin que fuera visitado por los doctores que le habían operado sin visita alguna ni llamada; pasan cuatro meses y seguía con los mismos dolores y sin realizar ninguna actividad; por lo que acude de nuevo al médico de cabecera a quien le comenta el tema le extraña mucho pero no le manda nada siguiendo de baja hasta que el INSS, el 16 de Noviembre de 2012 le dan de alta mediante resolución que no fue recurrida aunque estaba con muchísimo dolor y estaba sin trabajar”.

c) El 11 de febrero de 2013 su médico de cabecera solicita “visita para neurocirugía; le recibe el jefe de médicos que le había operado con anterioridad, el Sr..., quien le hace pruebas y ve que no tiene movilidad en la pierna derecha le manda hacer escáner y posterior nueva cita para el 11 de Abril de 2013. El doctor... le indica que de la anterior operación se ha

quedado un pico y que habría que quitarlo esto lo hace verbalmente y que como consecuencia de ello deberán ponerle una chapa”.

d) El 24 de mayo de 2013, sin que conste la operación, de nuevo pasa por Tribunal médico y se le deniega dicha incapacidad. La misma está recurrida en el Juzgado de lo Social.

e) “Fue operado el 23 de septiembre de 2013; sigue en tratamiento con dolores y sin poder trabajar. Desde dicha fecha ha sido evaluado por los médicos que le operaron en dos ocasiones y habiendo transcurrido otro año desde dicha última operación al día de hoy no le han dado el alta médica ni de rehabilitación (...). Sigue teniendo dolores, y lleva más de dos años sin poder trabajar”.

A su decir, “existe Relación de causalidad entre tal como se ha llevado la enfermedad y el funcionamiento normal o anormal del Servicio Público. El hecho descrito merece ser considerado causa del daño ya que es en si mismo idóneo para producirlo según la experiencia común, por cuanto que tiene una especial aptitud para producir el efecto lesivo”.

En el escrito se invocan los fundamentos jurídicos de la pretensión y se afirma que concurren todos los elementos necesarios para que nazca el deber de indemnizar los daños sufridos, señalando: “De la pretensión suscitada: Fue por la Negligencia médica Asistencial”.

La reclamación finaliza con la solicitud de la indemnización, antes referida, de doscientos mil euros (200.000 euros) “por los daños producidos en los términos expresados en los antecedentes de este escrito; ha estado más de dos años con dolores y sin trabajar, no teniendo recurso alguno”; solicitándose que se dé por aportada la documentación que se adjunta, consistente en diversos actos e informes relativos a su pretensión de reconocimiento de incapacidad permanente y el informe de alta del Servicio de Neurocirugía tras la segunda intervención, así como que se efectúe prueba pericial para que un médico forense, nombrado de común acuerdo, informe sobre “si se pudo hacer alguna cosa más por el Servicio de salud que interviene y si podrá trabajar y las secuelas que por dichas operaciones

se le han quedado por la primera intervención que consideramos que fue negligente en su praxis como en el tiempo que han tardado en darse cuenta de cómo había quedado por dicha intervención”.

De la documentación aportada se desprende que en fechas 16 de noviembre de 2012 y 28 de mayo de 2013 el Instituto Nacional de Seguridad Social (Dirección Provincial de Navarra) denegó al reclamante la prestación de incapacidad permanente por no alcanzar las lesiones que padece un grado suficiente de disminución de su capacidad laboral. Asimismo, como consecuencia de la denegación de la incapacidad permanente, el 16 de noviembre de 2012 se declaró la extinción de la prórroga de efectos de la situación de I. T. desde la misma fecha de dicha resolución, debiendo reincorporarse a su situación laboral de procedencia.

#### ***Admisión de la reclamación y designación de la instructora del procedimiento***

Por Resolución 57/2014, de 2 de octubre, del Secretario General Técnico del Departamento de Salud se acordó admitir a trámite la anterior reclamación, nombrar instructora del procedimiento, informar al reclamante que la tramitación de la reclamación podía implicar el acceso a los datos de su historia clínica, así como del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (seis meses a contar desde el 23 de septiembre de 2014) y de los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud). Esta resolución fue notificada al interesado el 10 de octubre de 2014.

#### ***Instrucción del procedimiento: historia clínica***

Iniciada la instrucción, se solicitó al Director del Equipo de Atención Primaria de Lodosa y al Director del... copia de la historia clínica completa del reclamante en relación con la intervención practicada el 8 de febrero de 2012 y complicaciones posteriores. Igualmente, se requirió al Jefe de la Sección de Admisión Hospitalaria del... informe en relación con la citación al reclamante casi un año después de la operación quirúrgica o si hubo

cualquier otra incidencia relevante; así como la emisión de informe médico al Jefe del Servicio de Neurocirugía del....

De la documentación clínica aportada cabe destacar, como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

a) Primera intervención: el reclamante, varón de 41 años, con antecedentes de hipertensión arterial y hepatitis A, acudió con fecha 18 de agosto de 2011 a la consulta de Neurocirugía del... refiriendo padecer de lumbociática L5 derecha desde hacía varios años, que se había agudizado en los últimos doce meses, habiendo recibido todo tipo de tratamiento, incluso bloqueos epidurales, sin obtener mejoría. En la exploración destaca gran dificultad para flexión lumbar, claudicación de la marcha a los cien metros, parestesias en pierna y pie derecho, con importante impotencia funcional y Lassegue a 30º en miembro inferior derecho. En el estudio de RM de columna lumbrosacra realizado el 9 de junio de 2011 se concluye: “Acusada discopatía crónica lumbar. Estenosis espondilótica patológica del agujero de conjunción de la raíz L4 derecha y del canal raquídeo L4-L5”.

Una vez informado el paciente de la patología que presenta (estenosis del receso L4-L5 derecho) y tras firmar el documento de consentimiento informado, con fecha 9 de febrero de 2012 se procede a realizar la intervención quirúrgica consistente en hemilaminectomía L4 + foraminotomía L5 derecha + flavectomía de ligamento amarillo hipertrofiado, hasta comprobar la correcta movilización de la raíz derecha.

En el informe de alta, de 11 de febrero de 2012, se expresa: en cuanto a la evolución, favorable, con importante mejoría de la clínica radicular y herida quirúrgica en buen estado; juicio clínico: estenosis receso L4-L5 derecho; y respecto del tratamiento, entre otros aspectos: “Revisión en C/E de Neurocirugía, previa cita, en el plazo de 2 meses (Dr...)”.

b) De la historia clínica remitida por el Director del Equipo de Atención Primaria de Lodosa, resulta, en lo que ahora concierne, el siguiente curso descriptivo de episodios de lumbociática:

- 21/02/2012: ha sido intervenido y se encuentra mejor.
- 24/02/2012: cuidados de las heridas y retirada de todas las grapas (Enfermería).
- 26/11/2012: Le han dado el alta en inspección. IT por patología mano?
- 29/11/2012: denegación incapacidad desde 16/11/2012.
- 05/12/2012: llega denegación de incapacidad (16/11/2012). No IT en 6 meses.
- 11/02/2013: no ha tenido revisión en neurocirugía tras intervención. Se solicita interconsulta (Neurocirugía), señalando: "LUMBOCIÁTICA, LUMBALGIA (CON IRRADIACIÓN/SINT IRRITATIVO. Paciente intervenido por vosotros en feb-2012 por Estenosis receso L4-L5 derecho. No revisión desde entonces. Ruego seguimiento si precisa".
- 21/02/2013: lumbalgia irradiada a EID. Se le prescriben diversos medicamentos.
- 25/02/2013: Algo mejor. Pendiente neurocirugía.
- 15/04/2013: probable nueva cirugía. Pte RMN. Solicita IT.
- 16/04/2013: ha venido enfadado porque no se le da la IT y se remite al Instituto Navarro de Salud Laboral.
- 14/05/2013: dolor de espalda (no lumbar) NE
- 23/07/2013: se ve con dolores y no puede hacer nada por la espalda. Pendiente de IQ. Prescripción de comprimidos
- 27/09/2013: cuidados de enfermería y consulta médica tras segunda intervención quirúrgica. Ánimo mejor.
- 30/09/2013, 04/10/2013 y 08/10/2013: intervenciones de enfermería.

- 15/11/2013: está mucho mejor.

c) Revisión y nueva intervención quirúrgica en el Servicio de Neurocirugía: En la consulta de revisión de 7 de marzo de 2013 en el Servicio de Neurocirugía, el reclamante refiere estar mal con mucho dolor al igual que antes, creyendo que no ha mejorado nada. El Jefe del Servicio (doctor...) que le atiende pide TAC.

El día 12 de marzo de 2013 se realiza TAC que se informa: "Pérdida difusa de la altura de los cuerpos vertebrales que se encuentran bien alineados. En el nivel L3-L4 se observa una discreta disminución de espacio discal, con mínima protrusión discal difusa y osteofitos incipientes sin afectación del espacio foraminal. En el nivel L4-L5 se observa herniación posterolateral derecha con osteofitos que obliteran el canal medular lateral derecho y el receso lateral derecho con compromiso radicular L4 dcha. En el nivel L5-S1 se observan fenómeno de vaciamiento discal con osteofitos posterolaterales y protrusión difusa osteoherniaria que oblitera el saco tecal y los agujeros de conjunción provocando compromiso radicular L5 bilateral. Signos degenerativos en articulaciones interapofisarias con discreta hipertrofia de ligamento amarillo".

En el informe de exploración de 11 de abril de 2013, el Jefe del Servicio de Neurocirugía señala: "En el Tac se observa un resto de osteofito que puede ser la causa?".

Con fecha 6 de mayo de 2013 se realiza RM lumbar que, tras la descripción, concluye: "Estenosis severa de foraminas derecha L4 L5 y L5 S1 por grandes rebordes discosteofitarios. A nivel L4 L5 derecho cambios postquirúrgicos, no se puede descartar fibrosis epidural. También estenosis severa de la foramina izquierda L5 S1 por gran protrusión lateral izquierda este nivel. Protrusión focal posterolateral derecha L1 L2 que provoca estenosis severa del receso lateral y foramen".

A la vista de estos resultados, con fecha 23 de mayo de 2013, se ofrece al paciente una nueva intervención quirúrgica de artrodesis lumbar,

que acepta firmando el correspondiente documento de consentimiento informado para la cirugía.

Según el informe de alta de 23 de septiembre de 2013, el reclamante ingresó el 18 de septiembre de 2013 en el Hospital de Navarra para ser intervenido de forma programada. “Se realiza: Incisión lumbar línea media centrada en L5. Disección subperióstica lateral. Laminectomía L4 y L5. Foraminotomía L5 derecha sobre fibrosis perirradicular de cirugía previa hasta exponer raíz L5. Microdiscectomía L4-L5 y fresado de voluminoso osteofito en el platillo inferior de L4 que desplazaba y comprimía cranealmente la raíz L5. Foraminotomía S1 derecha, objetivándose raíz hipotrófica. Artrodesis L4-S1 mediante tornillos transpediculares L4-S1 y TLIF L4-L5”. El postoperatorio transcurre favorablemente con buen control del dolor, iniciando deambulaci3n con faja lumbar. En los controles de RX lumbar se observa la correcta implantaci3n de la instrumentaci3n. Se prevé como tratamiento: vida progresivamente normal y faja lumbar hasta revisi3n en consulta de Neurocirugía. Y en observaciones se indica que la revisi3n en consulta ambulatoria de Neurocirugía en la fecha que se le comunicará por correo y/o telef3nicamente.

d) Revisiones en el Servicio de Neurocirugía tras la segunda intervenci3n: en la revisi3n de consulta de 20 de noviembre de 2013 se indica una evoluci3n muy favorable con completa remisi3n de clínica radicular, previéndose revisi3n en un mes con RX de control, valorar la retirada del corsé y rehabilitaci3n. En la consulta de 18 de diciembre de 2013 se anota que la evoluci3n clínica es favorable, con buen control radiográfico y se remite a rehabilitaci3n y nueva revisi3n en cuatro meses. En la consulta de 16 de abril de 2014 el paciente presenta una evoluci3n favorable y se prevé revisi3n al a3o de la cirugía con RX de control.

### ***Informes***

A solicitud de la instructora del procedimiento han emitido informe el Jefe del Servicio de Neurocirugía del... y el Jefe de la Secci3n de Admisi3n Hospitalaria del...



En el informe emitido por Jefe del Servicio de Neurocirugía del..., de 15 de octubre de 2014, se indica lo siguiente:

“ANAMNESIS

Paciente visto por primera vez el 18-11-2011 por un cuadro de lumbalgia y lumbociática rebelde a todo tipo de tratamiento por lo cual se decidió tratamiento quirúrgico que fue llevado a cabo el día 09-02-2012 (Dr...), siendo dado de alta el 11-02-2012 con un informe de alta en el que se especificaba revisión en 2 meses. El paciente fue vuelto a ver en consulta el día 07-03-2013 refiriendo encontrarse mal y no haber sido visto desde la operación; no puedo saber cuál fue la causa de su no citación, si fue un problema hospitalario, de correo, etc. No obstante, en el informe de alta se especifica claramente que debe volver a consulta. En esos momentos el paciente no reclamó dicha consulta y aunque al parecer, fue visto por el M.A.P. tampoco le remitió a nuestra consulta, por lo cual como digo antes fue visto el 7-3-12, refiriendo un cuadro importante de dolor lumbociático y en las pruebas complementarias se observaba un osteofito que podía justificar el dolor, por lo cual aconsejé nueva intervención quirúrgica y lo hablé con el médico que lo operó anteriormente quien estuvo de acuerdo. Se interviene nuevamente el día 19-09-2013 con una evolución normal y vuelto a ver en consulta los días 20-11-2013, 18-12-2013 y 16-04-2014, en las que el paciente siempre ha referido buena evolución, tanto así que en la última de ellas el Dr... indica exactamente «Evolución favorable. Revisión al año de la cirugía con RX de control». Posteriormente el paciente no ha sido visto nuevamente en nuestra consulta”.

Por lo que concierne al informe del Jefe de la Sección de Admisión Hospitalaria del..., de fecha 18 de noviembre de 2014, señala que según los registros de Admisión, en su programa informático, consta que el reclamante fue dado de alta por curación el 11 de febrero de 2012, emitiéndose informe de dicho ingreso y alta hospitalaria en el que se indicaba “Consulta en Neurocirugía, previa cita, en el plazo de 2 meses (Dr...)”. Posteriormente y en el programa informático no hay cita en el Servicio de Neurocirugía hasta el 7-03-2013. El procedimiento habitual es que se cite la consulta al alta del paciente desde la Secretaría del Servicio si hay huecos disponibles en ese momento y en caso contrario las citas se quedan en la bolsa de consultas en la reserva, y se citarán cuando se abren las agendas del Servicio. La Secretaría de la Unidad de hospitalización del Servicio, ni la citación de consultas, dependen de esta Sección de Admisión Hospitalaria por lo que no

puede saber cual fue la causa real de la no citación. En esta situación parece razonable pensar que el paciente pudo haber reclamado, con el informe en mano y en cualquier momento, que no se le había citado una vez pasado el plazo y si se encontraba como refiere con tanto dolor, incluso el médico de Atención Primaria, al que acudió, pudo interesarse de por qué no se había efectuado la revisión o derivarle para una consulta de valoración urgente o incluso haber sido visto en el Servicio de Urgencias por el Neurocirujano, situación que tampoco sucedió.

### ***Dictamen médico***

Consta en el expediente el dictamen médico emitido por la asesoría médica... (en adelante,...), a solicitud de la compañía..., en relación con el reclamante (Asunto: Estenosis de canal lumbar reintervenida). En este informe de fecha 22 de diciembre de 2014, suscrito por tres especialistas en Neurocirugía, se realiza un detallado examen de los antecedentes, que se extienden a diversas consideraciones sobre las intervenciones quirúrgicas realizadas al reclamante y respecto de la persistencia de sus molestias dolorosas tras la primera intervención de hemilaminectomía.

En el mismo, tras un resumen de los hechos, se señala que “la estenosis del canal lumbar es un cuadro consistente en el estrechamiento del canal central de la columna, que produce una compresión progresiva de las raíces nerviosas lumbosacras, generando una sintomatología típica de dolor lumbar crónico, con lumbociática de irradiación bilateral a ambos miembros inferiores, hipoestesia y claudicación motora de las raíces comprimidas”. “Las estenosis de canal lumbar pueden ser congénitas, del desarrollo o degenerativas. Las estenosis degenerativas son las más frecuentes, y se producen el adulto o en pacientes de la tercera edad que sufren artrosis de columna con degeneración de los discos intervertebrales. En estos pacientes se produce una hipertrofia progresiva de las articulaciones intervertebrales facetarias y se forman osteofitos en torno al anillo fibroso discal, quedando atrapadas las raíces entre los ligamentos amarillos, las articulaciones y las protrusiones discales. El tratamiento de la estenosis de canal con sintomatología de claudicación motora o con dolor

lumbociático intratable médicamente, consiste en la ampliación del canal lumbar mediante tratamiento quirúrgico, en el que se realiza normalmente una laminectomía bilateral con extirpación de los ligamentos amarillos, y liberación de las raíces del tejido fibroso y osteofitos que las comprimen. En ocasiones es necesario también la extirpación de los discos protruidos y la fijación de los segmentos intervenidos por inestabilidad”. “La intervención de una estenosis de canal suele ser muy delicada, a pesar de ser la laminectomía un procedimiento técnico sencillo. La razón de la complejidad quirúrgica de la estenosis estriba en el largo tiempo de evolución de la compresión del saco dural que engloba las raíces nerviosas, lo que supone una gran dificultad en la separación de la duramadre comprimida de las superficies óseas y ligamentosas que la estenosan”.

A continuación se refiere a la instrumentación lumbar, indicando que “los procedimientos quirúrgicos de instrumentación y fusión de la columna lumbosacra consisten en la implantación de un sistema metálico de inmovilización y soporte de la columna, que permita lograr una fusión a largo plazo del segmento instrumentado mediante la colocación de injertos óseos autólogos o heterólogos. Existen múltiples sistemas de instrumentación de columna”. “La mayoría de las instrumentaciones realizan la fusión espinal a través de un abordaje posterior y la introducción de tornillos transpediculares en las vértebras que se unen mediante barras laterales. Existen también procedimientos de instrumentación anterior en los que se colocan soportes metálicos o injertos óseos entre los cuerpos vertebrales, como substitutos del disco intervertebral. Su objetivo es el permitir la transmisión de carga entre ambos cuerpos y mantener el espacio fisiológico intervertebral”.

Tras ello, entra a considerar el concreto caso examinado, reflejando los datos relevantes de la historia clínica del paciente y en concreto de las dos intervenciones quirúrgicas realizadas al reclamante, y señalando que en las consultas de revisión tras la segunda intervención el paciente ha mejorado significativamente de su clínica dolorosa y los estudios de RX lumbar muestran una correcta colocación del implante.

Una vez evaluados todos los informes aportados considera que “todas las actuaciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, han sido totalmente correctas sin evidencias de mala praxis o actuación médica contraria a la lex artis. El paciente acudió a la consulta de Neurocirugía del Hospital de Navarra por presentar un cuadro de larga duración de lumbociática derecha, que no cedía con tratamiento médico ni con infiltraciones epidurales. El estudio de RM mostraba una estenosis de canal en varios segmentos de la columna lumbar, pero sobre todo a nivel L4, que correspondía a la irradiación dolorosa que presentaba el paciente en ese momento, por lo que fue intervenido de hemilaminectomía L4 y foraminotomía con liberación de la raíz. Esta intervención estaba totalmente indicada, ya que el propio paciente refería que no había mejorado con ningún tratamiento médico y el dolor le producía una importante impotencia funcional. Tras la intervención el paciente no presentó complicaciones ni le quedaron secuelas. Posteriormente el paciente empeoró nuevamente de su cuadro doloroso y los estudios radiológicos de RM practicados mostraron una importante espondiloartrosis de toda la columna lumbar de tipo crónico desde L1 a S1, protrusiones discales y osteofitosis que habían aumentado con respecto a estudios previos. Ante esta situación se le propone al paciente una nueva intervención quirúrgica, en este caso más importante que la previa, consistente en laminectomía L4-L5, foraminotomía L5 derecha, microdiscectomía L4-L5 y fresado de voluminoso osteofito en el platillo inferior de L4, foraminotomía derecha, y artrodosis L4-S1 mediante tornillos transpediculares L4-S1 y TLIF L4-L5. Esta intervención estaba también totalmente justificada. La técnica utilizada fue correcta. No se produjeron complicaciones postoperatorias, ni el paciente presenta secuelas neurológicas tras la cirugía. Así mismo, los controles radiológicos fueron normales”.

El informe entiende que en “este caso el paciente presenta una enfermedad de tipo degenerativo estenótico de la columna lumbar, que comprime las raíces nerviosas provocándole dolor, que va empeorando con el tiempo, y que es refractaria al tratamiento médico. Por lo tanto, la cirugía está indicada. Inicialmente se le realizó un procedimiento de hemilaminectomía L4 derecha, que era la zona donde le provocaba la

compresión de la raíz y por ello la irradiación correspondiente a su territorio. Posteriormente ante el empeoramiento clínico y radiológico se decidió una cirugía más completa. No obstante, en estos casos de enfermedad degenerativa progresiva la cirugía trata de mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero no es curativa de su enfermedad de base, por lo que en algunos casos pueden persistir molestias dolorosas”.

Las conclusiones del informe son las siguientes:

- “1. El paciente padecía de una lumbociática derecha de largo tiempo de evolución que no mejoraba con tratamiento médico ni de infiltraciones epidurales,
2. La indicación quirúrgica de hemilaminectomía L4 derecha estaba totalmente indicada. Se realizó de forma técnicamente correcta y el postoperatorio fue satisfactorio sin complicaciones ni secuelas.
3. Al año siguiente el paciente refiere encontrarse con importante dolor, por lo que tras los estudios de RM se observa una importante enfermedad estenótica degenerativa progresiva que afecta a toda la columna lumbar, decidiéndose una nueva intervención ampliatoria de la anterior, consistente en laminectomía, fresado de osteofitos y artrodesis mediante fijación con tornillos transpediculares L4-S1. El postoperatorio transcurre satisfactoriamente sin complicaciones.
4. Las dos intervenciones estaban totalmente indicadas y el paciente no presenta secuelas neurológicas tras las dos cirugías.
5. En controles posteriores en la consulta de neurocirugía el paciente ha mejorado significativamente de sus molestias dolorosas y los controles radiológicos de la instrumentación son correctos.
6. Por todo lo anterior no consideramos justificada la reclamación”.

### ***Trámite de audiencia y alegaciones***

Mediante oficio de fecha 8 de abril de 2015 la instructora dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, nuevos documentos y las justificaciones que se estimaran pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la historia clínica relacionada con los hechos objeto de reclamación, del informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurocirugía del..., del informe del Jefe de la Sección de Admisión Hospitalaria del... médico y del dictamen médico efectuado por la asesoría médica...

La representación letrada del reclamante, por escrito de 23 de abril de 2015, manifestó lo siguiente:

- No tiene duda en la profesionalidad de los médicos que han actuado con su mandante, como se desprende del informe pericial realizado y aportado a los autos.
- La operación realizada el 8 de febrero de 2012 (sic) no fue del todo suficiente porque se le dejó al reclamante un pico, que, como relata el doctor..., había que quitarlo.
- En contra de lo afirmado en el informe pericial, desde dicha operación hasta la operación llevada en el mes de septiembre de 2013; únicamente lo recibe el doctor... un año y dos meses después de la primera operación. No son ciertas las conclusiones de la pericial de que tras la primera intervención el pos-operatorio fue satisfactorio sin complicaciones ni secuelas, cuando a reglón seguido los médicos peritos indican que al año siguiente su mandante refiere dolor; pero dicho dolor lo está refiriendo desde la fecha de la primera operación; no entiende por qué no se ha solicitado las veces que su mandante ha ido a urgencias a tratarse dicho dolor.
- Según el informe del Jefe de la Sección de Admisión Hospitalaria del..., de 18 de Noviembre de 2014, en el informe de alta consta que PREVIA CITA consulta en Neurocirugía en el plazo de dos meses (Doctor...) y que posteriormente no existe cita en dicho Servicio hasta el 7 de Marzo de 2013; un año y un mes que el reclamante ha padecido dolores enormes; por lo que el procedimiento habitual ha fallado y de ello tiene la culpa la Administración.
- Ni el reclamante ni la médico de cabecera tienen la culpa de que no se le citase en más de un año y meses; que solicitó en numerosas ocasiones la consulta con el doctor... y la respuesta era que ya le avisarían; hasta que el 11 de Febrero de 2013, no

pudiendo aguantar más su mandante solicitó a la médica de cabecera que le diera con urgencia cita para ver al Doctor...; a cuyo fin acompaña la solicitud de interconsultas formulada. A tal fin, propone prueba testifical de la médico de cabecera para el caso de que se nieguen estos hechos.

- Concurren los requisitos legales para la procedencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que su mandante ha sufrido durante más de un año que no le han practicado la anterior operación una lesión (dolor) como consecuencia de no ser ni asistido por el departamento de Neurocirugía. En concreto, la lesión, ya que el reclamante ha sufrido durante más de un año dolores que fueron corregidos mediante la intervención de septiembre de 2013; las lesiones son imputables a la Administración pues dichas lesiones son culpa del olvido de los servicios de admisión que son los que han cometido el error de que no ha sido visitado como los médicos le indicaron a los dos meses; la lesión es consecuencia del funcionamiento anormal o negligencia del departamento de admisión o del servicio de Neurología que se olvidaron de ver al paciente; y existe relación de causalidad pues por dicha negligencia su mandante no fue visitado por el médico que le había operado en más de un año y durante ese tiempo estuvo con dolores y postrado en cama.

En dicho escrito propone prueba testifical de la médico de cabecera respecto, entre otras, de las cuestiones siguientes: si durante 2012 y principios de 2013 su mandante acudió a su consulta con grandes dolores y solicitando que se le remitiese al neurólogo que le había operado; si fueron numerosas las veces que acudió con dolor y que la misma no podía hacer nada para poder remitirlo al neurólogo; y si sabe y conoce que el reclamante acudió en numerosas ocasiones a urgencias para evitarse el dolor.

A dicho escrito se acompaña, además de documentación relativa a las resoluciones denegando la prestación de incapacidad permanente y el informe de alta de 23 de septiembre de 2013, la siguiente:

- Solicitud de interconsulta formulada por la médico del centro de salud de Lodosa para Neurocirugía. En el dorso se incluye resumen de historia clínica en la que constan, entre otros, los episodios siguientes: 26/04/2012: dolor de la mano; 07/08/2012: diarrea y vómitos; y 08/08/2012: Seguridad Social/Solicitud incapacidad INSS.

- Informe médico legal de..., suscrito por doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Legal y Forense, de 13 de octubre de 2014, en el que, tras referir los antecedentes médico-periciales y realizar la entrevista clínica, exploración y estudio de la documentación médica aportada, se concluye que “era evidente la contraindicación médica para realizar tareas que precisen esfuerzo físico y/o sobrecargas de la región lumbar consistente en cargar, arrastrar y manejar pesos, mantener posturas de bipedestación durante toda la jornada laboral tanto estática como dinámica, realizar movimientos continuos de flexo-extensión y rotaciones del tronco y mantener posturas fijas de bipedestación-semiflexión, etc.”; por lo que “poniendo en conexión directa su cuadro clínico residual y sus limitaciones con las tareas fundamentales de su profesión de fontanero, (...) existe una incompatibilidad física evidente con el desempeño de dichas tareas, ya que a pesar de la mejoría del cuadro clínico obtenida tras la segunda cirugía (artrodesis) en relación a la lumbalgia, lumbociática y claudicación de extremidades, no se ha conseguido una recuperación funcional para tareas de esfuerzo físico moderado-importante o sobrecarga a nivel lumbar...”.

Con posterioridad, mediante escrito de 22 de septiembre de 2015, la representación letrada del reclamante solicitó que, habida cuenta del tiempo transcurrido desde la notificación el 23 de abril de 2015 de la admisión de la reclamación, se de el oportuno impulso procesal y se dicte resolución conforme tiene interesado.

### ***Propuesta de resolución***



La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en relación con una intervención quirúrgica practicada el 8 de febrero de 2012 –si bien en el cuerpo de la resolución se indica que tuvo lugar el 9 de febrero de 2012- en el... y complicaciones posteriores. En su fundamentación se traen a colación las conclusiones del dictamen de la asesoría médica... y, a la vista de ellas, se consideran correctas y ajustadas a la “lex artis” las actuaciones desarrolladas en cada momento por los profesionales que atendieron al paciente, no existiendo justificación objetiva que pueda fundamentar una responsabilidad de esta Administración sanitaria, por lo que procede la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el reclamante.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen**

La presente consulta versa sobre una reclamación formulada por don... de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios derivados de asistencia sanitaria, solicitando una indemnización de doscientos mil (200.000) euros.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite este dictamen como preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

### **II.2ª. Competencia y tramitación del expediente**

La Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, solicitud de informes necesarios, audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Por lo que respecta a la tramitación del presente procedimiento, ha de indicarse que se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al reclamante, constanding, además, su historia clínica, los informes emitidos por los distintos servicios médicos intervinientes, así como el dictamen de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación. Se ha respetado, además, el principio de audiencia y el derecho de defensa que corresponde a la reclamante, otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, presentación de alegaciones y de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

Sin embargo, no consta pronunciamiento expreso sobre las pruebas propuestas por el interesado en sus escritos de iniciación del procedimiento y de alegaciones en el período de audiencia (en este segundo testifical para el caso de negativa de los hechos allí narrados), por lo que debería justificarse expresamente su implícita denegación en la resolución definitiva, sin perjuicio de que el interesado haya solicitado finalmente la terminación del procedimiento.

### **II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos**

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

#### **II.4ª. En particular, la antijuridicidad del daño y la relación de causalidad**

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, el 10/2013, de 9 de abril y 7/2014, de 10 de marzo), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con

independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la "lex artis" y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida ("lex artis"). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha "lex artis"; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "lex artis" (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

“La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22

de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003 ).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cual 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. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *lex artis ad hoc*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita,

como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991). Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso, como se ha reseñado ampliamente en los antecedentes, la reclamación de responsabilidad dirigida contra la Administración se sustenta, en el escrito inicial, tanto en las secuelas que le han quedado tras la primera intervención quirúrgica de 9 de febrero de 2012 que fue negligente en su praxis como en el tiempo que se ha tardado en darse cuenta de cómo había quedado tras esa operación; y, en el posterior escrito de alegaciones, en el incumplimiento de la previsión de visita a los dos meses de la primera intervención según se indicaba en el informe de alta con la consiguiente lesión (dolores) que ha sufrido durante más de un año hasta que fueron corregidos mediante la segunda intervención de septiembre de 2013. Con ello, el reclamante alega un deficiente funcionamiento de los servicios sanitarios, planteando, aunque no con toda la precisión deseable, dos motivos o causas: de un lado, la existencia de una negligencia médica asistencial, ya que la primera intervención quirúrgica realizada el 9 de febrero de 2012 no fue suficiente y quedó un pico que obligó a volver a intervenir; y, especialmente -en ello centra su escrito de alegaciones en el trámite de audiencia- por el retraso en la revisión tras la primera intervención, ya que, pese a estar prevista a los dos meses de la intervención, no tuvo lugar hasta más de un año después y durante dicho lapso de tiempo el reclamante padeció fuertes dolores y no pudo trabajar.

La propuesta de resolución entiende que el reclamante alega una mala praxis de los servicios públicos sanitarios y la existencia de relación de causalidad entre tal como se ha llevado la enfermedad y el funcionamiento normal o anormal del servicio público y, a la vista de las conclusiones del informe de la asesoría médica... -más atrás transcritas en los antecedentes del presente dictamen-, concluye que “se consideran correctas y ajustadas a la “lex artis” las actuaciones desarrolladas en cada momento por los profesionales que atendieron al paciente, no existiendo justificación objetiva

que pueda fundamentar una responsabilidad de esta Administración sanitaria, por lo que procede la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el reclamante”. Así pues, esta propuesta de resolución viene a desestimar globalmente la reclamación por considerar que las dos intervenciones estaban totalmente indicadas y el paciente no presenta secuelas neurológicas tras las dos cirugías y en los controles posteriores en la consulta de neurocirugía el paciente ha mejorado significativamente de sus molestias dolorosas y los controles radiológicos de instrumentación son correctos, pero sin razonar de forma específica sobre el retraso en la revisión del paciente tras el alta hospitalaria después de la primera intervención.

Sin embargo, este Consejo estima que han de considerarse separadamente ambas causas o motivos alegados por el paciente en su reclamación de responsabilidad patrimonial.

***A) Sobre la alegada negligencia médica en la intervención de 9 de febrero de 2012***

Como se ha indicado, el primer motivo de la reclamación estriba en la existencia de una negligencia médica asistencial, por considerar que la primera intervención quirúrgica realizada el 9 de febrero de 2012 no fue suficiente y le quedaron secuelas que obligaron a reintervenir.

Del expediente instruido y de la propuesta de resolución se desprende lo siguiente: el reclamante, varón de 41 años, fue objeto de varias exploraciones y pruebas e informado de la patología que presentaba (estenosis del receso L4-L5 derecho) y, tras firmar el documento de consentimiento informado, se le realizó el 9 de febrero de 2012 la intervención quirúrgica consistente en hemilaminectomía L4 + foraminotomía L5 derecha + flavectomía de ligamento amarillo, hasta comprobar la correcta movilización de la raíz derecha. A decir del informe de alta la evolución era favorable, con importante mejoría de la clínica radicular y herida quirúrgica en buen estado.

Respecto de dicha intervención, no se pronuncia realmente el informe



emitido por el Jefe del Servicio de Neurocirugía del..., en fecha 15 de octubre de 2014. Y el informe pericial de asesoría médica... -como se ha reseñado ampliamente en los antecedentes-, tras narrar los hechos concluye que las dos intervenciones realizadas al reclamante estaban totalmente indicadas y que el paciente no presenta secuelas neurológicas tras las dos cirugías y en los controles posteriores en la consulta de neurocirugía el paciente ha mejorado significativamente de sus molestias dolorosas y los controles radiológicos de la instrumentación son correctos.

Por tanto, del dictamen citado se concluye que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue conforme a la *lex artis ad hoc*. Consta, asimismo, que el tratamiento efectuado le fue explicado al paciente y contó con su consentimiento.

Frente a ello, el recurrente no especifica en sus escritos las secuelas que se le quedaron de esa primera intervención quirúrgica ni aporta informe pericial alguno sobre ello, más allá de un informe médico legal de..., suscrito por doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Legal y Forense, de 13 de octubre de 2014, dirigido a su solicitud de incapacidad permanente y que no se pronuncia sobre las cirugías llevadas a cabo. Más aún, en su escrito de alegaciones de 23 de octubre de 2014 comienza afirmando que no pone en duda la profesionalidad de los médicos que le atendieron según se desprende del informe pericial obrante en el expediente y luego viene a centrar su reclamación en el segundo de los motivos antes referido.

En consecuencia, hemos de concluir que no se ha acreditado que los profesionales del Servicio de Neurocirugía del... que le practicaron la intervención el 9 de febrero de 2012 hubieran vulnerado las exigencias de la "lex artis ad hoc". Así pues, no queda probado que en el presente caso exista un daño antijurídico que el interesado no tenga el deber jurídico de soportar del que se deba derivar responsabilidad patrimonial a la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos; ni tampoco la existencia de una relación de causalidad entre la actuación médica y el resultado dañoso padecido.

***B) Sobre el retraso en la revisión tras el alta hospitalaria posterior a la intervención de 9 de febrero de 2012***

El segundo de los motivos planteados por el reclamante se refiere al retraso en la revisión médica por el Servicio de Neurocirugía después del alta hospitalaria tras la primera intervención quirúrgica.

Como se ha indicado, el interesado reclama también por el retraso en la revisión por el Servicio de Neurocirugía tras el alta hospitalaria después de la primera intervención, ya que, pese a estar prevista a los dos meses de la intervención (que se realizó el 9 de febrero de 2012), no tuvo lugar hasta más de un año después (7 de marzo de 2013) y durante dicho lapso de tiempo el reclamante padeció fuertes dolores y no pudo trabajar.

Del expediente instruido resulta que respecto de la intervención quirúrgica de 9 de febrero de 2012 en el informe de alta, de fecha 11 de febrero de 2012, se indicaba, en cuando al tratamiento: “Revisión en C/E de Neurocirugía, previa cita, en el plazo de dos meses (Dr...)”. Y, sin embargo, dicha revisión no tuvo lugar hasta el 7 de marzo de 2013 cuando, tras la petición de interconsulta formulada por la médico de cabecera el 11 de febrero de 2013, le vio el Jefe del Servicio de Neurocirugía del... (doctor...).

Respecto de dicha prevista revisión, se pronuncian los dos informes internos requeridos en la instrucción del expediente en el sentido siguiente:

- El informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía del... , de 15 de octubre de 2014, constata que el paciente fue dado de alta el 11-02-2012 con un informe de alta en el que se especificaba revisión en 2 meses y fue vuelto a ver en consulta el día 07-03-2013 refiriendo encontrarse mal y no haber sido visto desde la operación; sin que pueda saber cuál fue la causa de su no citación, si fue un problema hospitalario, de correo, etc., si bien en el informe de alta se especifica claramente que debe volver a consulta.

- El informe del Jefe de la Sección de Admisión Hospitalaria del..., de 18 de noviembre de 2014, constata también que el reclamante fue dado de alta por curación el 11 de febrero de 2012, emitiéndose informe de dicho ingreso y alta hospitalaria en el que se indicaba “Consulta en Neurocirugía, previa cita, en el plazo de 2 meses (Dr...)” y en el programa informático no hay cita en el Servicio de Neurocirugía hasta el 7-03-2013. El procedimiento habitual es que se cite la consulta al alta del paciente desde la Secretaría del Servicio si hay huecos disponibles en ese momento y en caso contrario las citas se quedan en la bolsa de consultas en la reserva, y se citarán cuando se abren las agendas del Servicio. La Secretaría de la Unidad de hospitalización del Servicio, ni la citación de consultas, dependen de esta Sección de Admisión Hospitalaria por lo que no puede saber cual fue la causa real de la no citación.

De ello resulta que existió un retraso en la revisión del reclamante por el Servicio de Neurocirugía tras su primera intervención, pues estando prevista a los dos meses de esa cirugía tuvo lugar casi un año después.

De acuerdo con la jurisprudencia, para que proceda la responsabilidad patrimonial en estos supuestos es preciso que el retraso sea la causa del daño o perjuicio producido; esto es, debe existir una relación de causalidad entre la demora y el daño reclamado, de modo que ha de acreditarse la negativa influencia del retraso en la evolución de la patología o que a consecuencia del retraso se produjo al paciente un daño físico derivado del mismo y no de la propia etiología de la enfermedad padecida, por lo que no resulta indemnizable la demora que no alteró la evolución propia de la patología padecida, pues no concurre aquí pérdida de oportunidad en la curación o devenir de la enfermedad. Así, entre otras, la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 15 de noviembre de 2010 (recurso de casación núm. 4561/2006) declara que “aún cuando los servicios de socorro hubieran funcionado anormalmente, circunstancia que no se ha producido según los hechos probados de la sentencia, sería

preciso para la existencia de la responsabilidad que existiera un nexo causal entre el hecho que se imputa a la Administración (el retraso en la prestación de socorro) y el daño producido consecuencia de dicho retraso (los daños cerebrales) y tal nexo causal no ha sido objeto de demostración alguna pues, aún admitiendo la tesis del actor relativa al retraso, los daños se habrían producido en cualquier caso”; la sentencia del mismo tribunal de 3 de julio de 2012 (recurso de casación núm. 6787/2010) señala que no existe pérdida de oportunidad de un pronóstico distinto cuando ese retraso en el tratamiento no ha tenido incidencia en una pérdida de posibilidad de reseca el tumor; y la sentencia del mismo alto tribunal de 27 de noviembre de 2012 (recurso de casación núm. 5938/2011) declara que “la teoría de la pérdida de oportunidad deviene inaplicable tras la constatación de que el perjuicio por el que se reclama no trae causa del funcionamiento del servicio público, sino de la propia evolución de la enfermedad y naturaleza de la paciente”.

Pues bien, en el presente caso el reclamante no acredita que tal retraso en la revisión o consulta tras el alta hospitalaria después de la primera intervención generase una negativa influencia en la evolución de la patología ni que sea la causa de un concreto daño, sino que, como él mismo reconoce, sufrió dolores hasta que fueron corregidos mediante la segunda intervención de septiembre de 2013; y, aunque también alega que ello le impidió trabajar, consta que fue dado de alta el 16 de noviembre de 2012 a raíz de la primera denegación de su solicitud de prestación de incapacidad permanente. Además, en la historia clínica del centro de salud de Lodosa relativa al episodio de lumbociática no consta que el paciente acudiese al centro de salud desde el 24 de febrero de 2012, cuando le retiran todas las grapas tras la primera intervención, hasta el 26 de noviembre de 2012, después de la denegación de la incapacidad el 16 de noviembre de 2012; y luego acudió el 5 de diciembre de 2012 constando que no tiene IT en seis meses y finalmente el 11 de febrero de 2013 cuando se formuló la solicitud de interconsultas a Neurocirugía.

En cambio, en el informe de la asesoría médica..., que hace suyo la propuesta de resolución, se concluye que el reclamante padecía una lumbociática de largo tiempo de evolución, que las dos intervenciones

quirúrgicas practicadas estaban totalmente indicadas y que el paciente no presenta secuelas neurológicas tras las dos cirugías y ha mejorado significativamente de sus molestias dolorosas.

Por otra parte, la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada, establece unos plazos máximos de espera (artículo 3), disponiendo que en las consultas externas programadas están garantizadas las consultas de asistencia especializada que no tengan la consideración de revisiones siempre que la espera no implique un empeoramiento para la salud del paciente, entendiéndose por revisión la efectuada a un paciente para el seguimiento de una entidad patológica determinada y en la misma especialidad (artículo 3.4); y fija un sistema de garantías consistente en que, si se superan los tiempos de espera fijados en el artículo 3, el paciente podrá requerir del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea atención sanitaria preferente y prioritaria, a la que debe darse respuesta inmediata en cualesquiera centros sanitarios de la red pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o en su defecto, y de manera subsidiaria, en centros concertados del sistema sanitario público. Y en el presente caso, no existe constancia de tal solicitud y, finalmente, la médico de cabecera, a petición del paciente, formuló solicitud de interconsultas al Servicio de Neurocirugía el 11 de febrero de 2013, siendo atendido en dicho servicio el 7 de marzo de 2013.

En consecuencia, tampoco procede en este caso, a la vista de las expresadas circunstancias, la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues no se acredita la relación de causalidad entre el retraso en la revisión o consulta posterior al alta hospitalaria tras la primera intervención quirúrgica y el daño reclamado, que parece derivarse de la propia evolución de la enfermedad de tipo degenerativo.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don... por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.