

Dictamen Núm. 12/2025

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de enero de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de noviembre de 2024 -registrada de entrada el día 12 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la práctica de una artrodesis lumbar y su deficiente seguimiento.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 12 de abril de 2024 la interesada presenta en la Oficina de Atención Ciudadana de Avilés una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los daños y perjuicios derivados de la práctica de una artrodesis lumbar y su deficiente seguimiento.

Expone que a finales del 2018 fue derivada a la Unidad de Raquis del Hospital “X” por discopatía L5-S1 con hernia discal, siendo incluida en la lista de espera quirúrgica para artrodesis. Señala que el día 18 de diciembre de 2018 firmó el documento de consentimiento informado correspondiente para la

operación, si bien “no fue informada ni de las consecuencias de la misma ni consta como riesgo `mala colocación de tornillos´” y que el día 3 de junio de 2019 se somete en el citado centro hospitalario a una “artrodesis L5-S1”, siendo dada de alta hospitalaria el día 7 del mismo mes. Relata que “en septiembre de 2019, o sea, 3 meses después de la intervención (...) acudió a Urgencias a su centro de salud (...) por lumbociatalgia” y que el 18 de marzo de 2020 fue valorada en la consulta de Traumatología del Hospital “X” recibiendo la recomendación de realizar actividades complementarias como piscinoterapia o yoga, además de evitar sobrecarga mecánica del raquis lumbar. Añade que el 24 de noviembre de 2020, “o sea, 17 meses después de la intervención, consultó en Urgencias del (Hospital) “Y” por dolor de espalda. Se informa lumbalgia desde hace 5 días”. Refiere que “a partir de ahí, la evolución (...) es totalmente negativa”, precisando ser atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital “Y” el día 10 de diciembre de 2020 por dolor lumbar irradiado y dolor intenso en articulación sacroilíaca derecha, indicando “Rx similar al posoperatorio junio 2019” del Hospital “X” y que el día 17 del mismo mes “ingresó en Traumatología del (Hospital) `Y´ (...), que acude a Urgencias por dolor lumbar recurrente, no irradiado, invalidante que le impide el descanso nocturno”.

Refiere que el 18 de enero de 2021 fue valorada y tratada por la Unidad del Dolor del Hospital “X” por diagnóstico de síndrome de cirugía fallida, realizándose varias infiltraciones (las siguientes el 2 de septiembre y la tercera el 8 de octubre) ineficaces, por lo que se realiza RM lumbar el 3 de diciembre de 2021, apreciándose “protrusión, extrusión medial paramediana, foraminal derecha L2-L3 que probablemente contacta con las raíces L2-L3 derechas y puede ocasionar radiculopatía (...). En L5-S1 se aprecia un tejido de partes blandas de situación paramediana izquierda sugestivo de fibrosis posquirúrgica”.

Continúa señalando que el 3 de abril de 2022, “o sea 3 años después de la intervención, Traumatología” del Hospital “X” “informa” del resultado de “tac lumbar: cambios secundarios a artrodesis de fijación de los elementos laterales de L5-S1 así como también intersomática con dispositivo lateralizado hacia la

izquierda, con puentes óseos parciales a lo largo del espacio. Trayecto transpedicular de los tornillos sin imágenes de aflojamiento. El segmento distal del tornillo de S1 izquierdo sobresale levemente de la cortical anterior del sacro”, indicando como resultado de la revisión del día 1 de diciembre de 2021 “infiltraciones ineficaces, sigue con mucha radiculalgia bilateral de predominio derecho. No déficit neurológico objetivable. Múltiples visitas a Servicio de Urgencias. Limitada para todas las actividades, deambula con bastones. Componente funcional asociado, exploración difícil, ha ganado mucho peso. En el momento actual la paciente está limitada para sus actividades habituales, precisando de ayuda de bastón para la marcha, medicación analgésica de 3er. escalón”. Indica que en la revisión en la Unidad del Dolor de 28 de septiembre de 2022 se constata lumbalgia constante y se cambia la pauta farmacológica.

Afirma que “pese a haber tenido constantes dolores y limitaciones desde la intervención de columna fue totalmente desasistida por el Servicio Público, por lo que tuvo que acudir, finalmente, a la sanidad privada./ El 13-04-2023 ingresó en (Hospital) ‘Z’ para intervención neuroquirúrgica programada” y cita del correspondiente informe “paciente que acude muy afectada a mi consulta con la historia y clínica previamente descritas. Tras valoración de datos adjuntos, se solicita preoperatorio y posterior valoración quirúrgica, tras explicación (...). Refiere ausencia de clínica que motivó intervención”, señalándose como “diagnóstico principal: estenosis foramidal izquierda. Fibrosis perirradicular crónica. Neuropatía crónica L5. Mal posicionamiento de los tornillos S1 bilateral. Procedimiento quirúrgico realizado el 13-04-23: explante-recolocación material artrodesis lumbar previo S1 bilateral. Foraminotomía L5-S1. Fibrosectomía L5 izquierda. Alta hospitalaria el 15-04-23”. Indica que se le recomienda, en octubre de 2023 y en marzo de 2024, la práctica de rizólisis lumbar y que a fecha de 4 de marzo de 2024 la recomendación seguía incluyendo la “no (...) reincorporación a las actividades laborales”.

Indica que “tras ser intervenida en la sanidad privada por el total abandono del servicio público de salud la conclusión a la que se llega es que:/ todos los padecimientos que desde el 2019 ha venido padeciendo (...) son consecuencia de un mal posicionamiento de los tornillos y de la prótesis

intersomática en la intervención realizada en junio de 2019./ Se podría aceptar -a efectos dialécticos, pues no consta que (...) fuera informada de ello-, como un riesgo típico de dicha intervención que resulte un mal posicionamiento de los tornillos pero lo que no se puede aceptar, en ningún caso, es la mala praxis conforme a la *lex artis ad hoc* en lo que respecta al seguimiento y control posoperatorio ya que, resulta obvio, que no se actuó con la debida diligencia en la prevención de las complicaciones que un mal posicionamiento de esos tornillos podía ocasionar”.

Señala que ha sufrido “un calvario durante estos casi 5 años en los que, además, no ha podido desarrollar una vida laboral debido a sus graves padecimientos. En la actualidad, pese a la notable mejoría tras la reintervención de hace un año, las lesiones que padece (...) -dado el tiempo transcurrido injustificadamente hasta la misma por culpa exclusiva de ese servicio público de salud-, son en gran medida crónicas e irreversibles, pues además del cuadro clínico residual (...), produce una importante merma psico-social que afecta gravemente a su calidad de vida, así como la de las personas que la rodean”.

Concreta como actuaciones contrarias a la *lex artis ad hoc* por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias la falta de consentimiento informado acerca del mal posicionamiento de los tornillos y sus posibles consecuencias; deficiencias graves y permanentes consecutivas a un tratamiento posquirúrgico inapropiado, señalando que no fue informada de la posibilidad de reintervención por la mala posición de los tornillos y abandono asistencial, con seguimiento inadecuado y retrasos que han derivado en una patología crónica.

Fija el *quantum* indemnizatorio de manera provisional en doscientos noventa y ocho mil quinientos noventa y dos euros con treinta y siete céntimos (298.592,37 €) dado que “no está totalmente estabilizada en sus lesiones”, que incluye, de manera desglosada, 103.232,52 € por 1.668 días de perjuicio particular moderado, 28.210 € por perjuicio patrimonial como daño emergente en cuanto a los gastos de asistencia sanitaria, 60.100,28 € por perjuicio patrimonial de lucro cesante por tareas del hogar y 107.049,57 € por secuelas.

Acompaña la reclamación de informes clínicos, incluyendo documentación de la asistencia sanitaria privada así como facturas médicas y justificantes de pago.

2. Mediante oficio notificado el día 30 de abril de 2024, la Jefa de Sección de Apoyo comunica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, el nombramiento de instructora, las normas de procedimiento aplicables, el plazo de resolución y notificación legalmente previsto y el sentido del silencio administrativo.

3. El 29 de mayo de 2024, la Gerente del Área Sanitaria V, previa solicitud de la Instructora, remite en formato CD el historial clínico de la paciente, imágenes diagnósticas e informe del servicio implicado.

El informe suscrito por la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X" explica la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio y concluye que "no se puede achacar la sintomatología posterior a una mala técnica quirúrgica ya que la clínica apareció de forma tardía, de hecho varios meses después./ El diagnóstico de 'cirugía fallida' al que se refiere la paciente es un término obsoleto que se utilizaba cuando aparecía dolor en pacientes ya intervenidos, pero no infería que tuviera relación con la idoneidad de la técnica quirúrgica, por lo que ha dejado de utilizarse ya que resulta confuso e impreciso./ La paciente dejó de acudir a la sanidad pública de forma voluntaria, ya que no acudió a las revisiones. De hecho no consta que haya solicitado una segunda opinión por ninguno de los miembros de la Unidad de Columna de nuestro Servicio o de otros, por lo que la decisión de acudir a la sanidad privada también fue de la propia paciente y no obligada por el Sistema como refiere en su escrito 'total abandono del servicio público de salud'./ La paciente refiere que no fue informada de los riesgos de la intervención, a pesar de que así consta en la historia clínica, así como en el consentimiento firmado por ella./ Ante la aparición del dolor posteriormente, se solicitaron las pruebas complementarias necesarias para un correcto diagnóstico, de forma que no puede achacarse una mala praxis mencionada también en su escrito. Con

respecto a dichas pruebas de imagen, se descarta totalmente la mala posición de los tornillos, hablando el TC de que discurren de forma transpedicular (que es la situación correcta, a través de los pedículos). También se refiere el citado TC a `segmento distal del tornillo de S1 izquierdo sobresale levemente de la cortical anterior del sacro´. Este posicionamiento bicortical de los tornillos se busca habitualmente en los implantes sacros ya que este hueso es predominantemente esponjoso, asegurando con la perforación de la cortical un mayor agarre. Por todo ello resulta completamente falsa la afirmación del profesional de la medicina privada que dice que `hay un mal posicionamiento de los tornillos S1 bilateral´, en lo que se basa la paciente para justificar la mala evolución que refiere. En este caso además sus padecimientos deberían haber ocurrido inmediatamente después de la cirugía./ Cabe destacar también que en los evolutivos del neurocirujano privado aportados por la paciente no consta mejoría de la clínica posteriormente a la cirugía practicada por su parte (...). Por tanto, se hacen las mismas recomendaciones mencionadas en su último control (...): tratamiento conservador por la Unidad del Dolor (rizólisis) y evitar esfuerzos en el medio laboral y personal”.

En el historial clínico figura el documento de consentimiento informado firmado por la paciente para “instrumentación y artrodesis vertebral”, donde incluye como riesgos típicos que “toda intervención quirúrgica (...) lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos”, además de mencionar “pseudoartrosis (no consecución de la artrodesis), rotura del material implantado” y dolor local permanente.

Consta, asimismo, la autorización firmada por la interesada de su inclusión en lista de espera quirúrgica el 28 de septiembre de 2022 para el procedimiento de epidurolisis, con nota manuscrita de 29 de septiembre de 2023 que indica que “la hace el 2-10 por privado”.

4. Con fecha 15 de julio de 2024, emite informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración un licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En él, tras describir la asistencia clínica dispensada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias a la reclamante y valorar la dolencia que presentaba, concluye que el tratamiento de la discopatía lumbar sintomática refractaria al tratamiento conservador es quirúrgico, de manera que en este caso la indicación fue correcta y estuvo precedida de la debida información previa. Señala que la técnica quirúrgica realizada el 3 de junio de 2019 fue la adecuada, quedando acreditado “con la Rx, RM y tac posoperatorios que no hubo defecto técnico estando los tornillos pediculares correctamente posicionados” y que la paciente mejoró con esta cirugía. Añade que “en caso de haberse producido un mal posicionamiento de los tornillos pediculares, hubiera presentado sintomatología desde el posoperatorio inmediato y no 15 meses después de la intervención quirúrgica (...). La recidiva del dolor que tuvo la paciente se denomina síndrome de cirugía fallida de la espalda y estaba en probable relación con la fibrosis posoperatoria y el cuadro degenerativo de columna que presenta la paciente (...). Ante la recidiva de sintomatología se solicitaron las pruebas de imagen oportunas, la RM lumbar y la tac de lumbar (...). El tratamiento indicado de la recidiva del dolor lumbociatálgico secundario a fibrosis postoperatoria eran las infiltraciones por parte de Unidad del Dolor, como así se hizo”, de lo que deriva que “no hubo inobservancia ni falta del deber del cuidado por parte de los facultativos del (Servicio de Salud del Principado de Asturias), realizándose pruebas diagnósticas y terapéuticas oportunas sin demoras ni dilaciones”.

Añade que “el motivo real de la indicación quirúrgica” en el ámbito privado “fue la fibrosis posoperatoria, por el que realizó una nueva liberación neuro quirúrgica sin éxito, como queda acreditado” y que acudió a la sanidad privada no por falta de atención por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias “que la estaban tratando correctamente”.

5. Mediante oficio notificado el día 19 de septiembre de 2024, se da traslado a la interesada de la apertura del trámite de audiencia por quince días.

6. Con fecha de 10 de octubre de 2024, la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito indicando que no le ha sido posible acceder al expediente debido a que el CD que se le ha remitido “está roto”, por lo que solicita una ampliación de siete días hábiles para la formulación de alegaciones.

Anticipa que se ratifica en lo expuesto en la reclamación, insistiendo en “un mal posicionamiento de esos tornillos” y en una “falta de información a la paciente” respecto a esa eventualidad.

7. Consta incorporado al expediente un acta firmado el día 21 de octubre de 2024 en el que se deja constancia de que el día 9 del mismo mes la interesada acudió a dependencias del Servicio de Inspección donde se le hizo entrega de una copia del contenido del expediente.

8. El día 22 de octubre de 2024 la instructora formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Entiende que, a la vista de la documentación clínica, se observa que el tratamiento era el adecuado y que la técnica quirúrgica fue correcta, destacando que los estudios de imagen que obran en el expediente corroboran que no existe una mala posición ni un desplazamiento de los implantes. No objetivándose mala praxis ni falta de deber de cuidado, entiende que la decisión de buscar una segunda opinión en el ámbito privado fue tomada libremente por la reclamante.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de noviembre de 2024, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la reclamante activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 12 de abril de 2024 y, dado que consta como fecha de alta hospitalaria de la intervención realizada en la sanidad privada el día 15 de abril de 2023, al margen de las alegaciones acerca de la falta de estabilización de las lesiones, es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo

común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa debemos señalar que, en la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo, acaba de vencer el plazo de seis meses establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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 su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “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 aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de una deficiente prestación asistencial, al entender la reclamante que se produjo un fallo en la intervención quirúrgica a la que se sometió -artrodesis lumbar-, con un mal posicionamiento de los tornillos y prótesis colocados, seguido de un deficiente seguimiento que determinó que acudiese a la sanidad privada y que sus dolencias se hayan cronificado.

Constatados los perjuicios que la interesada asocia con la colocación de los tornillos y prótesis, así como el gasto en la medicina privada, ha de reconocerse un daño efectivo, sin descender ahora a su relación de causalidad con la asistencia sanitaria cuestionada.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado (por todos, Dictamen Núm. 130/2024), por lo

que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En el caso examinado, la reclamante refiere una mala praxis en la artrodesis lumbar a la que fue sometida, aludiendo a un defectuoso posicionamiento de tornillos y prótesis, a una incompleta información previa (en cuanto no se le advertía de esta posible eventualidad y sus consecuencias), así como a un insuficiente seguimiento de su curso clínico con abandono asistencial, que le aboca a la medicina privada.

Ante todo, sin descender a la praxis médica, se advierte aquí que el resultado dañoso por el que se reclama es ajeno a la asistencia médica cuestionada. Los peritos informantes rechazan esa relación de causalidad, pues la Jefa del Servicio hospitalario de Cirugía Ortopédica y Traumatología advierte en su informe que, de estar mal posicionadas las prótesis colocadas a la paciente, "sus padecimientos deberían haber ocurrido inmediatamente después de la cirugía", y así lo suscribe el especialista que informa a instancias de la aseguradora, quien explicita que "en caso de haberse producido un mal posicionamiento de los tornillos pediculares, hubiera presentado sintomatología desde el postoperatorio inmediato y no 15 meses después de la intervención quirúrgica". Se constata además por los facultativos un adecuado seguimiento posoperatorio, razonándose que la reaparición del dolor que tuvo la paciente (denominado síndrome de cirugía de espalda fallida) está en probable relación con la fibrosis postoperatoria y el cuadro degenerativo de columna que presentaba, y ante esta recidiva se solicitaron las pruebas de imagen oportunas y se siguió el tratamiento indicado. La confusa apreciación de la reclamante parece derivarse de una mala interpretación de la expresión -en desuso-

“síndrome de cirugía fallida”, que se refleja en un informe clínico y que no se refiere a una mala técnica quirúrgica sino a la persistencia, tras la operación, del dolor, lo que es relativamente frecuente en intervenciones que afectan a la columna vertebral.

Aun en el supuesto en que mediara alguna relación de causa a efecto entre el tratamiento dispensado y el daño por el que se reclama, la respuesta habría de ser desestimatoria en cuanto no se objetiva ni acredita infracción alguna de la *lex artis ad hoc*. De una parte, porque estamos ante un riesgo descrito y consentido y, de otra, porque falta una pericial que la describa. Las diferentes pruebas de imagen que constan en el expediente acreditan, además, que los implantes se encuentran en la posición correcta y que su evolución fue objeto de seguimiento periódico por parte del servicio público sanitario, tal como aseveran los facultativos informantes.

Nos encontramos, por tanto, con un supuesto en el que se justifica que la opción quirúrgica era la adecuada, que la intervención se llevó a cabo correctamente, que no se produjo ni mala colocación ni desplazamiento de las piezas implantadas y que los dolores que la paciente empezó a presentar transcurridos quince meses desde la operación se deben a su propia dolencia y a la evolución de ésta.

Respecto a la falta de información suficiente, no derivando el padecimiento invocado de la cirugía practicada debe descartarse su compensación, observándose además que no se materializó aquí ningún riesgo asociado a la colocación de las prótesis.

Tampoco consta abandono en el seguimiento de la paciente, sino que su intervención quirúrgica en el ámbito privado se revela como una decisión particular de la misma, resultando de la documental médica que dejó de acudir a las revisiones programadas y que en el hospital privado se le hacen finalmente las mismas recomendaciones que en el ámbito público, sin lograr el éxito pretendido con el tratamiento allí ofertado.

En suma, la interesada, aquejada de dolores frente a los que no se encuentra una solución definitiva, los achaca al tratamiento al que se sometió y no a la evolución de su patología, sin acreditar la mala técnica quirúrgica

alegada ni su relación con el daño por el que acciona. La adecuada colocación de las piezas queda reflejada en las pruebas de imagen incorporadas al expediente, conocidas por la interesada, quien solicitó de ampliación de plazo para su estudio y la presentación de alegaciones, sin llegar a formularlas finalmente.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.