

Dictamen n^o: **459/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.07.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 27 de julio de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1^o de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por M.M.G. por los daños y perjuicios ocasionados por una asistencia sanitaria supuestamente deficiente, prestada en el Hospital A de Madrid.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 17 de junio de 2011, registrado de entrada el 24 siguiente, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo y corresponde su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 27 de julio de 2011.

El escrito de solicitud del dictamen preceptivo fue acompañado de documentación en formato CD, que, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Del expediente remitido interesa destacar los siguientes hechos relevantes para la emisión del dictamen solicitado:

Por escrito presentado en oficina de correos el 28 de diciembre de 2006, la interesada formuló reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a consecuencia, según expone, de la anestesia epidural que se le aplicó para una intervención de cadera que tuvo lugar el 19 de abril de 2004. En el documento afirma reiteradamente *“ustedes me dijeron que solicitara una reclamación patrimonial”*.

El 16 de febrero de 2007, notificado el 14 de marzo, se realizó requerimiento a la interesada para que aportase *“relato en el que consten las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad con el funcionamiento de servicio público, la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial (cuantía solicitada o criterios en base a los cuales pretende sea fijada), el momento en que la lesión efectivamente se produjo y centro en el que se produjo”*.

La interesada cumplimentó el requerimiento el 27 de marzo de 2007 presentando un escrito en el que exponía que *“en fecha 19 de abril de 2004 fue intervenida quirúrgicamente de la cadera derecha para la colocación de una prótesis en el Hospital A. A consecuencia de la anestesia epidural ha sufrido las siguientes secuelas que han ido agravándose pese a los tratamientos prescritos:*

- Denervación crónica en territorios radiculares L4-L5 y L5-S1 izquierdos produciendo una alteración en la deambulación del miembro inferior izquierdo con uso de muleta de forma permanente y limitándola de forma total para su profesión de ama de casa y quehaceres y ocio”.

Solicita una indemnización de 36.448,4 euros por 40 puntos de secuelas por denervación de nervio ciático y 35.000 euros más por incapacitación para su profesión de ama de casa quehaceres y ocio.

Adjunta a la reclamación informe médico de fecha 29 de abril de 2004, contestación de fecha 6 de febrero de 2006 de la Directora General del Servicio Madrileño de Salud relativa a reclamación presentada por la interesada el 30 de agosto de 2005 en el Servicio de Atención al Paciente de Parla por estos mismos hechos, informe electromiográfico de 24 de octubre de 2006 del Hospital Sur de Alcorcón e informe de 20 de marzo de 2007 emitido por el Equipo de Atención Primaria “*San Blas*” de Parla.

El escrito de reclamación por los mismos hechos, presentado el 30 de agosto de 2005 en el Servicio de Atención al Paciente de Parla (folio 112) no se tramitó como reclamación de responsabilidad patrimonial sino que fue contestado por la Directora General del Servicio Madrileño de Salud mediante oficio en el que exponía a la interesada que puesto que estaba en tratamiento en Rehabilitación en el Hospital de Getafe se podía considerar que su proceso estaba “*debidamente encauzado y en vías de solución*” pero que si no fuera así no dudase en ponerlo en su conocimiento.

De la documentación clínica que obra en el expediente se desprende lo siguiente:

La paciente sufría desde septiembre del año 2003 coxalgia derecha, que le producía dolores continuos y que empeoraba caminando.

Fue remitida desde el SERMAS al Hospital A el día 2 de abril de 2004, donde tras el diagnóstico de coxartrosis severa, fue ingresada e intervenida para colocación de prótesis total de cadera derecha (artroplastia) el 19 de abril de 2004.

De acuerdo con la historia clínica, el abordaje de la operación fue pósterolateral, y el tipo de prótesis fue autobloqueante cementada, de acuerdo a las anotaciones que realiza el facultativo traumatólogo. La anestesia practicada fue intradural, a nivel L3-L4, con aguja del número

25, utilizándose bupivacaína al 0,5% hiperbárica, según anota la anesthesióloga.

La intervención se inició a las a las 9:20 h y finalizó sobre las 10:15 horas. Llega a planta a las 11:20 horas.

Existen consentimientos informados de los siguientes procedimientos:

- a) Artroplastia total de cadera, modelo normalizado, que firman conjuntamente la paciente y el médico (páginas 35 y 36).
- b) Transfusión de sangre y hemoderivados, modelo normalizado, que sólo firma la paciente (páginas 33 y 34).
- c) Anestesia y Reanimación, modelo normalizado, que firman conjuntamente la paciente y la anesthesióloga (páginas 31 y 32).

En la evolución posquirúrgica, se aprecia, a través de la historia de enfermería (págs. 30 y 31), que el 22 de abril de 2004, en el turno de mañana, la paciente presenta pérdida de fuerza en el miembro inferior izquierdo, sin pérdida de sensibilidad. Tras valoración por el traumatólogo, éste ordena avisar a la anesthesióloga, la cual, y según la anotación del turno de tarde de ese mismo día, “... *comenta seguir observándola, si empeora avisar*”. Al día siguiente, la paciente no puede caminar por “*dificultad motora*”.

A partir del 25 de abril de 2004, inicia la deambulación, siendo dada de alta hospitalaria el 29 de abril, trasladándose en ambulancia.

El 15 de mayo, en un documento que al parecer recoge las revisiones que tras el alta hospitalaria se le efectuaron a la paciente en el Centro concertado se menciona que “*persiste disestesia en pie izquierdo, en lateral externo, con dorsiflexión...*”.

En la siguiente revisión, el 11 de junio, anota “...*Persiste disestesia en la pierna...*”. En la siguiente y última revisión, el 12 de julio, se dice “...*ha recuperado la sensibilidad en la izquierda. Se le inflama la izquierda. Camina con dos bastones...*”.

En el documento denominado “*Alta Prótesis Total de Cadera*”, de fecha 29 de abril de 2004, en el apartado sobre “*datos de evolución*” se anota: “*Retraso en la deambulación por sensación disestésica en pierna izquierda. Evolución satisfactoria*”.

En documentación clínica del Hospital Universitario de Getafe cabe destacar:

La paciente sufría una espondilolisis en las fechas previas a la cirugía, así como una protrusión acetabular izquierda como consecuencia de su coxartrosis, acompañándose informe del servicio de radiodiagnóstico de la radiografía de pelvis-cadera, de fecha 8 de marzo de 2004, donde se aprecia que la paciente sufre una espondilolisis a nivel del segmento lumbosacro.

En la hoja de evolución médica, con fecha de 7 de octubre de 2004, se anota que la enferma se queja de molestias desde el alta de la intervención en miembro inferior izquierdo, con parestesias y claudicación a la marcha de puntillas. La impresión diagnóstica es de lesión a nivel de la S1 (entre interrogaciones), solicitándose una resonancia magnética (RM) y una electromiografía (EMG).

En la revisión de 30 de diciembre de 2004 se dan los resultados de dichas pruebas, en los que se aprecia en el EMG abundantes potenciales de denervación de los nervios CPE (ciaticopoplíteo externo en las 2 ramas) y CPI (ciaticopoplíteo interno), y en la RM cambios degenerativos con protrusión discal L4-L5 y posible hernia discal medial a ese nivel y estenosis generalizada del canal.

La última consulta que realizó M.M.G en el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Getafe fue el 17 de marzo de 2006, causando alta en el mismo.

TERCERO.- Por los hechos que anteceden, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo establecido en los artículos 39 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Además de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Administración Pública, se han incorporado al expediente:

- La historia clínica de la paciente (folios 25 a 155).
- Informe del Hospital A de 14 de diciembre de 2005 (folio 88) que expone: *“Paciente intervenida de una prótesis total de cadera en la fecha indicada. En su historial anestésico figura únicamente la descripción de una anestesia espinal estándar, sin que se consignen complicaciones o dificultades en el momento de la realización de la anestesia o transcurso de la misma. En un bajo porcentaje de casos, el anestésico inyectado en el espacio epidural, puede incidir directamente sobre una raíz y dar lugar a un cuadro de parestesia en el miembro correspondiente, cuadro que es habitualmente reversible y no precisa tratamiento específico; si la afectación es de la raíz motora se producirá un cuadro de paresia como en este caso, que suele ser más duradero. El presuponer por ello que ha habido negligencia no me parece en cualquier caso justo, ya que se trata de una complicación de escasa incidencia, pero perfectamente documentada, al margen de la habilidad técnica del profesional que realiza la anestesia”*.

- Informe del médico inspector, sin datar, (folios 162 a 165) que como valoración expone que *«En la historia clínica de [la paciente] correspondiente al Hospita A faltan documentos que son obligatorios, de acuerdo con la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente (hoja de evolución médica, órdenes de tratamiento médicas, resultados de interconsultas, informes de exploraciones complementarias). Por lo tanto no podemos conocer, desde el punto de vista de la evolución médica, los comentarios de los médicos que intervinieron en la asistencia a la paciente en su estancia y evolución hospitalaria de 11 días, pasando estos comentarios desde una pequeña anamnesis previa al ingreso a directamente la primera revisión que se realizó ambulatoriamente el 15 de mayo de 2004. El resto de la información se ha averiguado en parte gracias a la historia de enfermería. Es evidente que [la paciente] sufre una complicación quirúrgica que le produce, en un primer momento, una pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo y posteriormente lo que denomina su médico <disestesias> en pierna izquierda, acompañada de inflamación. En el último documento de esta historia clínica, transcurridos casi tres meses después de su operación, su traumatólogo anota que camina con dos bastones, habiendo recuperado la sensibilidad en la pierna izquierda. Para conocer la etiología de esta complicación, que puede ser debida al proceso anestésico por posible toxicidad de la bupivacaína 0,5% hiperbárica (el anestésico más utilizado para este tipo de anestesia), o por el mismo procedimiento de la anestesia, aunque al afectar solo unilateralmente (pierna izquierda), y no existir hematoma posterior o dolor en el momento de la punción (al menos no aparece ningún comentario a ese respecto en la documentación facilitada) parece que esta posibilidad sea más lejana. Por otra parte, la posición de la paciente durante la intervención quirúrgica podría afectar a su evolución posterior, más si previamente la paciente padeciera algún estrechamiento del canal raquídeo (estenosis espinal), que a la vista de la documentación*

remitida por el Hospital de Getafe, sí podría padecer. Aunque en la citada anamnesis realizada por el traumatólogo del Hospital A no se recoge nada al respecto. También las maniobras propias de la operación (compresión, tracción, isquemia, o por una combinación de las tres) conllevan un riesgo de lesión neurológica posterior. La bibliografía médica que se anexa evidencia la existencia de lesiones nerviosas periféricas tras la realización de artroplastias primarias de cadera en un porcentaje que varía entre el 0,6% al 1,3%. Además, según los diferentes estudios realizados, de esas lesiones nerviosas, hasta un 90% de las detectadas afectan al nervio ciático. Hay pruebas objetivas (EMG) que demuestran la existencia de abundantes potenciales de denervación de los nervios CPE y CPI con fecha de 7 de octubre de 2004 y posteriormente (24 de octubre de 2006) que existe denervación crónica en los territorios radicales L4-L5 y L5-S1 izquierdos, con importantes signos de regeneración activa en aquellas fechas. Existen consentimientos de la artroplastia total de cadera, que firman conjuntamente [la paciente y el doctor] (páginas 25 y 26) y de anestesia y reanimación, que firman conjuntamente [la paciente y la anestesióloga] (páginas 21 y 22). Ambos documentos son normalizados, haciendo un resumen de los riesgos que comporta cada uno de los procedimientos. Así en el caso de la anestesia se hace una diferenciación entre la anestesia general y la loco-regional, en donde se recoge en esta última, que en los bloqueos nerviosos se pueden originar lesiones del nervio o nervios anestesiados, que les afectarán de forma temporal o permanente, esta última con menor incidencia. Para el caso del consentimiento de la artroplastia total de cadera (Pág. 25), se explica de forma muy general que como complicaciones graves de este tipo de intervenciones (2% del total), existen, entre otras, los "... daños a vasos y nervios...". Por lo tanto la paciente era conocedora de forma general, de los riesgos implícitos de la

intervención, teniendo la posibilidad de haber ampliado esa información a través de preguntas a los médicos que la operaron».

Se han cumplido los trámites establecidos al efecto en la normativa que resulta de aplicación, habiéndose conferido el trámite de audiencia a la interesada el 13 de junio de 2008, en observancia de lo dispuesto en los artículos 84.1 de la LRJ-PAC y 11 del citado Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. También se ha dado trámite de audiencia al Hospital A el 13 de junio de 2008. No consta que el hospital haya presentado alegaciones.

En uso de este trámite la reclamante presentó alegaciones el 5 de septiembre de 2008, en las que expresa su disconformidad con el informe de la Inspección Médica en lo relativo a que la paciente fue informada de los riesgos de la intervención y, textualmente expresa: *«siendo tan solo informada de que “en los bloqueos nerviosos se pueden originar lesiones del nervio o nervios anestesiados, que les afectarán de forma temporal o permanente, ésta última con menor incidencia”»*. También discrepa de la negativa por parte de la Administración sanitaria a admitir que ha existido mala praxis cuando no se dispone de las hojas de evolución médica y solo se ha podido reproducir los hechos a través de la historia de enfermería.

El 9 de mayo de 2011, la Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria.

El Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad emitió informe favorable a la desestimación el 16 de junio de 2011.

A la vista de los relatados antecedentes de hecho cabe hacer las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC, cuyo término se fijó el 30 de julio de 2011.

SEGUNDA.- La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, puesto que es la persona que ha sufrido los daños presuntamente causados con ocasión de la asistencia sanitaria.

En cuanto a la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, al centrarse el reproche formulado únicamente en la actuación sanitaria prestada por el Hospital A, concertado con la Comunidad de Madrid, es preciso recordar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª) de 6 de julio de 2010, en relación con un caso planteado respecto de una asistencia dispensada en la Clínica B sostiene lo siguiente: *«En primer término, por afectar a la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, procede resolver, para desestimar, la alegación de la Letrada de la Administración sobre la responsabilidad exclusiva de la clínica B. Este argumento defensivo es invocado invariablemente en los recursos relativos a responsabilidad patrimonial sanitaria en que ha intervenido dicha Fundación, y, también invariablemente, es rechazado por esta Sala. La clínica B dispensó tratamiento sanitario a la recurrente en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, en el que dicho establecimiento sanitario, pese a su naturaleza*

privada, se halla integrado mediante concierto, como autorizan los Arts. 66 y 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. La disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, añadida por la Ley 4/1999, de 13 de enero, establece que la responsabilidad patrimonial de los servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados “por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones, seguirán la tramitación administrativa prevista en esta Ley, correspondiendo su revisión jurisdiccional al orden contencioso-administrativo en todo caso”. Con base en esta disposición el Tribunal Supremo ha declarado (en STS 3-7-2003, recaída en recurso de casación para unificación de doctrina, y después en SSTS 20-2 y 24-5-2007) “que la existencia de tal concierto, tratándose de una asistencia sanitaria prestada con base al mismo, no excluye en modo alguno la existencia de una posible responsabilidad patrimonial de la Administración, siempre que concurren los requisitos configuradores de aquélla, según el Art. 139 de la Ley 30/92”. Aunque este criterio tiene por objeto la prestación sanitaria a los funcionarios y militares por entidades privadas, resulta con mayor razón aplicable a este supuesto en que el interesado no interviene de modo alguno en la elección del centro sanitario. Así pues, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios. A estos efectos debe entenderse por Administración sanitaria las entidades, servicios y organismos públicos y los centros concertados, tal como permite los citados preceptos de la Ley General de Sanidad como fórmula para su integración en dicho Sistema. Todo ello, por supuesto, sin perjuicio de la facultad de repetición que, por incumplimiento del concierto o por otras causas, corresponde a la

Administración». Con base en esta argumentación del citado Tribunal, cabe afirmar que la reclamación está correctamente dirigida contra la Administración de la Comunidad de Madrid, por ser la competente para la prestación de la asistencia sanitaria. E igualmente, hay que señalar que el establecimiento sanitario donde se prestó la asistencia médica objeto de reproche, está legitimado para comparecer en el procedimiento en calidad de interesado, al poder resultar involucrados en éste sus derechos o intereses legítimos (artículo 31.1.b) de la LRJAP-PAC). En este supuesto, al hospital se le comunicó la reclamación y emitió un informe, como consta en los antecedentes de hecho. La tramitación del procedimiento ha sido, pues, escrupulosa con los derechos de todos los interesados, sin conculcar su derecho de defensa.

El artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que *“el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas”*.

En el caso sometido dictamen la paciente ha sido tratada en Rehabilitación en el Hospital de Getafe, siendo la última referencia que consta en el expediente del 30 de diciembre de 2004, por lo cual la reclamación presentada el 28 de diciembre de 2006 parece *a priori* extemporánea. No obstante, consta en el expediente una reclamación anterior, concretamente, un escrito de 26 de agosto de 2005 presentado el 30 de agosto del mismo año en el Servicio de Atención al Paciente de Parla (folio 112) que no se tramitó como reclamación de responsabilidad patrimonial sino que fue contestado por la Directora General del Servicio Madrileño de Salud mediante oficio de 6 de febrero de 2006 en el que exponía a la interesada que puesto que estaba en tratamiento en Rehabilitación en el Hospital de Getafe se podía considerar que su proceso

estaba “*debidamente encauzado y en vías de solución*” pero que si no fuera así no dudase en ponerlo en su conocimiento. Ello implica que el plazo de prescripción para reclamar quedó interrumpido el 30 de agosto de 2005 y se inició el nuevo cómputo el 6 de febrero de 2006, en atención a lo cual la reclamación presentada el 28 de diciembre de 2006 ha de considerarse en plazo.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, en el Título X, Capítulo Primero y en la Disposición Adicional 12^a de la Ley 30/1992 (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993 (RPRP).

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo -v., por todas Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- la referida responsabilidad entraña el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterándolo, en el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque es imprescindible, como se ha dicho, que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Por lo que se refiere a las características del daño causado, éste ha de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado, siendo sólo indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de 30 de octubre de 2003, recurso 6/1993/99, y de 22 de abril de 1994, recurso 6/3197/91, que citan las demás).

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro fundamental para determinar la responsabilidad, de modo que se exige, no sólo la lesión sino también la infracción de la *lex artis*, pues la obligación del profesional sanitario consiste en prestar la debida asistencia y no en garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, la Sala Tercera del Tribunal Supremo en Sentencia de 27 de noviembre de 2000, recuerda que *“los conocimientos científicos, técnicos o experimentales, ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse excluida de antemano”*.

Esa misma Sala del Tribunal Supremo, en Sentencia de 19 de julio de 2004, resume y reafirma que *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de*

forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”.

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo, de 15 de enero de 2008 (recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (recurso nº 7915/2003), que *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”.* El carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a ésta en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que debe responder sólo de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar.

QUINTA.- Aplicando la anterior doctrina al caso sometido a dictamen, la reclamante sufre unos daños que quedan constatados en los informes médicos obrantes en el expediente y que consisten en la denervación del nervio ciático, afectando a la pierna izquierda, que le produce dolor y dificultades para la deambulación.

Es preciso determinar si la actuación de los facultativos se ajusta a las reglas de una praxis correcta, teniendo en cuenta los medios técnicos disponibles, para determinar si el daño producido es o no antijurídico.

Para apreciar la ocurrencia de una buena práctica sanitaria es imprescindible realizar una rigurosa evaluación de la prueba, contraponiendo los informes periciales contrarios, sin que tenga prevalencia

la realizada por peritos funcionarios, porque si bien les es predicable independencia y objetividad, no es menos cierto que otros peritos también pueden emitir dictámenes con independencia y objetividad.

El informe del médico inspector concluye que *“no hay evidencia de que se haya prestado una mala asistencia, habiéndose producido en el transcurso de la operación quirúrgica, una de sus posibles complicaciones”*.

Por su parte, el informe del Hospital A expresa: *“En un bajo porcentaje de casos, el anestésico inyectado en el espacio epidural, puede incidir directamente sobre una raíz y dar lugar a un cuadro de parestesia en el miembro correspondiente, cuadro que es habitualmente reversible y no precisa tratamiento específico; si la afectación es de la raíz motora se producirá un cuadro de paresia como en este caso, que suele ser más duradero. El presuponer por ello que ha habido negligencia no me parece en cualquier caso justo, ya que se trata de una complicación de escasa incidencia, pero perfectamente documentada, al margen de la habilidad técnica del profesional que realiza la anestesia”*.

En virtud de estos informes cabe subrayar que la actuación médica ha sido conforme a la *lex artis ad hoc* y no ha existido una mala realización de la anestesia.

Respecto de las alegaciones de la reclamante relativas a que la Administración sanitaria no puede afirmar la ausencia de mala praxis puesto que no se han incorporado al expediente las hojas de evolución médica cabe señalar que se conoce la evolución por las hojas de enfermería y los hechos médicos por el informe emitido por el Hospital. En este caso, además, la Administración sanitaria proporciona, a través del informe de la Inspección, una explicación razonable a la patología que sufre la paciente, que podría traer causa de la anestesia epidural practicada en la intervención quirúrgica, sin que ello implique mala praxis, ya que es una posible

complicación conocida y contemplada en el documento de consentimiento informado, pero también podría traer causa de la patología de estenosis del canal lumbar, con afectación de los discos L4-L5 y L5-S1, que es, asimismo, un plausible motivo de denervación del nervio ciático.

SEXTA.- En el caso sometido a dictamen la paciente suscribió documento de consentimiento informado para la anestesia en el que expresamente se hacía constar que *“en los bloqueos nerviosos se pueden originar lesiones del nervio o nervios anestesiados, que les afectarán de forma temporal o permanente, ésta última con menor incidencia”*.

La alegación de la interesada de que esta información fue insuficiente, no puede ser compartida por este órgano consultivo, toda vez que el daño por el que reclama no es otro que una lesión en el nervio ciático, lesión nerviosa, por tanto, recogida en el documento de consentimiento informado y aceptada por la reclamante en su momento.

La firma del consentimiento informado y la aceptación de estos riesgos determinan que, no habiendo quedado acreditada mala praxis, exista el deber jurídico de soportar el daño, por lo que no concurre el requisito de su antijuridicidad.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial presentada al haber sido la actuación médica conforme a la *lex artis ad hoc* y no concurrir el requisito de antijuridicidad en el daño.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 27 de julio de 2011

