

Dictamen n<sup>o</sup>: **159/14**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **09.04.14**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de abril de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por J.B.F., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria dispensada por los servicios de Anestesia y Reanimación, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón, que considera deficiente.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado en el Servicio de Correos el 30 de abril de 2013 el interesado formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por los daños y perjuicios ocasionados por la que considera una deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Torrejón al sufrir, tras una infiltración epidural, un cuadro de paraparesia por dos hernias discales con estenosis del saco tecal secundaria severa con probable compresión de cola de caballo.

Manifiesta el reclamante que en el mes de febrero de 2012 comenzó con una clínica de lumbociatalgia, con dolor irradiado al miembro inferior izquierdo y que agotado el tratamiento conservador sin mejoría, se decidió

intervención quirúrgica para el 11 de julio de 2012, mientras tanto, *“Para poder soportar los dolores, los facultativos le recomendaron que le realizaran infiltraciones epidurales en la Unidad del Dolor y así poder mejorar sus síntomas hasta la intervención”*. La primera infiltración tuvo lugar el 30 de mayo de 2012 y según refiere, se realizó en quirófano, pero la segunda, efectuada el 4 de julio siguiente se practicó en una consulta.

A este segundo procedimiento atribuye el reclamante las secuelas que padece, pues una vez concluido, expone que presentó *“dolor abdominal intenso, generalizado y con disminución de fuerza en miembros inferiores, así como una inflamación anormal del abdomen, que en todo momento fue observado por los facultativos actuantes”*, pese a lo cual le dieron de alta. A causa del dolor abdominal poco después tuvo que acudir a Urgencias donde fue diagnosticado de gases y dado nuevamente de alta.

Volvió de nuevo a Urgencias por persistencia del dolor, déficit motor proximal en las extremidades inferiores que le impedían la deambulación y disminución de sensibilidad en periné, diagnosticado de cauda equina es intervenido quirúrgicamente el 5 de julio, tras la operación presenta una escasa mejoría *“que le permitió deambulación con andador”*, pero el 1 de agosto volvió a notar pérdida de fuerza tibial que le impedía caminar. Las pruebas diagnósticas evidenciaron un hematoma que precisó cirugía el 4 de agosto y posteriormente fue derivado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo *“para que recibiera tratamiento rehabilitador”*.

Reprocha el reclamante a la Administración que las infiltraciones epidurales eran un simple procedimiento paliativo terapéutico, que le ha generado un daño completamente desproporcionado, causándole un síndrome de cola de caballo y dejándole secuelas que son definitivas.

Solicita una indemnización en cantidad suficiente para cubrir los daños morales causados.

A pesar de indicar que aporta un informe de 10 de marzo de 2013 sobre su estado y que denomina documento 1, no consta su incorporación. A efecto de notificaciones designa un despacho de abogados.

**SEGUNDO.-** La historia clínica y la restante documentación médica obrante en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos:

El paciente, de 45 años de edad y sin antecedentes médicos personales de interés, el 12 de abril de 2012 consultó a su médico de atención primaria por presentar dolor en la cara anterolateral del miembro inferior derecho de un mes de evolución, se hace parte de interconsulta al servicio de Traumatología (COT) del Hospital de Torrejón. El día 18 del mismo mes acudió al servicio de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares por el mismo motivo. Los resultados de la exploración física y radiológica son compatibles con dolor neuropático en el miembro inferior derecho, se pauta tratamiento analgésico y se da el alta con la recomendación de acudir al especialista en la fecha prevista.

El 24 de abril su médico de atención primaria le deriva a consulta de Traumatología con carácter preferente y entre tanto vuelve a Urgencias el 8 de mayo por dolor. La exploración es compatible con ciatalgia periférica derecha, se modifica el tratamiento y se recomienda adelantar la consulta con el especialista. Vuelve a Urgencias el 17 de mayo por persistencia del dolor sin mejoría con el tratamiento pautado.

El 22 de mayo acude a la consulta de Traumatología del Hospital Universitario de Torrejón. Se realiza resonancia magnética que evidencia una discopatía degenerativa L4-L5 e imágenes de fisura radial del anillo fibroso en los discos L3-L4 y L4-L5. Imagen de hernia discal en el disco L3-L4 posterior con extensión derecha con ocupación de receso lateral derecho. Abombamiento difuso del disco L4-L5 con estenosis foraminal bilateral, moderada en el lado derecho y severa en el izquierdo.

El 28 de mayo es valorado en la Unidad de Raquis y a la exploración se objetiva dolor lumbar que se irradia al miembro inferior derecho sin pérdida de fuerza o alteración de la sensibilidad, reflejo osteotendinoso (ROT) positivo y simétricos. Se programa intervención quirúrgica para el 11 de julio de 2012, por motivos personales del paciente.

El 30 de mayo de 2012 es visto en la Unidad del Dolor para control analgésico previo a la operación. El dolor que siente es como calambre y hormigueo, no refiere pérdida de fuerza ni incontinencia esfinteriana, alodinia y disestesias en la cara anterolateral de la pierna derecha. La sintomatología empeora en bipedestación estática y con la marcha. Buen descanso nocturno y aceptable estado de ánimo.

Con el diagnóstico de lumbociatalgia con radiculopatía derecha en relación con discopatía con estenosis foraminal bilateral, se le informa de la existencia de una alternativa terapéutica, que consiste en realizar infiltraciones con finalidad paliativa, no curativa, explicándole la utilidad y riesgos de la técnica que el paciente acepta y firma el consentimiento informado para anestesia general y loco regional (folios 33 a 35).

Ese mismo día se realiza la primera infiltración sin incidencias, la siguiente se programa para el 4 de julio de 2012.

El 4 de julio acude a la consulta de la Unidad del Dolor, refiere mejoría clínica tras la infiltración y se realiza la segunda con la misma técnica, medicación y dosis, no se anotan en la historia clínica otras incidencias.

Ese mismo día, a las 15:30 horas acude al Servicio de Urgencias del Hospital de Torrejón por dolor abdominal, dice que tras la infiltración presentó distensión abdominal y dolor generalizado, la primera cedió, pero no así el dolor. La exploración física no evidencia patología. La radiografía de abdomen muestra abundantes gases en colon transversal y acumulación de heces en el colon ascendente y el descendente, la analítica es normal.

Tras mejorar con analgesia intravenosa, recibe el alta, con la recomendación, entre otras de volver a Urgencias si empeora.

Vuelve a Urgencias a las 21:02 por parestesias en los miembros inferiores. Refiere que tras el alta, al volver a su domicilio, se cayó al bajar del coche porque no notaba las piernas. Presenta parestesia a nivel de periné, testículos, pene, región perineal y extremidades inferiores. Neurológicamente se aprecia marcada pérdida de fuerza en la región proximal de ambos miembros inferiores 2/5 y en la región distal/tibial 3/5. Reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral. Parestesia en silla de montar.

Se solicita resonancia magnética (RM) urgente de columna para descartar hematoma epidural que no se puede hacer por avería técnica, en su lugar se realiza tomografía axial computarizada (TAC) a las 0:17 horas del día siguiente, 5 de julio. El estudio muestra: hernia focal discretamente migrada con estenosis de saco tecal secundaria severa, con probable compresión de cola de caballo. Hernia discal global. Estenosis secundaria de recesos laterales en ambos niveles con probable compresión de raíces L4 y L5 bilateral. No hay signos de colección hemática intra ni extradural en el canal raquídeo. Burbujas de gas paraespinales y en grasa epidural secundarias a intervencionismo previo.

A las 0:49 horas se descarta patología que precise intervención urgente y se deja en observación. El paciente duerme toda la noche sin precisar analgesia de rescate a pesar de referir ligero dolor. A las 9:36 en la exploración se aprecia pérdida de fuerza en los miembros inferiores y parestesia en silla de montar. A las 12:12 horas es valorado por Traumatología que decide cirugía urgente por síndrome de cola de caballo, firmando el paciente, los correspondientes documentos de consentimiento informado para discectomía y laminectomía lumbar, donde se detallan las complicaciones y se indica que *“pueden requerir para su solución otro acto quirúrgico que añade nuevos riesgos al inicial”*.

La intervención comienza a las 13:30 horas y concluye a las 16:40 horas. Se desarrolla sin complicaciones y el paciente estable pasa a Reanimación. Se llevaron a cabo diferentes pruebas diagnósticas de control tras la operación y fue tratado con una pauta de corticoides, no produciéndose mejoría del cuadro neurológico.

En la resonancia de control de 9 de julio se observan, además de los cambios posquirúrgicos, pequeños hematomas epidurales posteriores y paraespinales. El 25 de julio se repite la prueba, muestra serohematomas mayores que en el estudio previo.

El 2 de agosto refiere disminución de la fuerza que le imposibilita para la escasa deambulación que presenta. El 4 de agosto, se hace resonancia magnética en la que se aprecian cambios posquirúrgicos con hematoma en el lecho de laminectomía en comunicación con colección subcutánea profunda a fascia lumbar (serosa-hematoma) y fractura vertebral subaguda L3 con leve ocupación del canal, de nueva aparición respecto a la anterior. No hay estenosis significativa de saco tecal. Radiculitis de cola de caballo. Se decide revisión quirúrgica para lavado del hematoma, realizando drenaje del gran hematoma que envuelve el saco dural a lo largo de la descompresión previa. Se libera el hematoma en el receso así como las raíces. Las muestras remitidas a microbiología descartan infección.

Tras la cirugía no presenta mejoría, el déficit neurológico es muy severo. Con el diagnóstico de síndrome de cola de caballo, es trasladado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo el 16 de agosto de 2012 para recibir tratamiento médico-rehabilitador y donde estuvo ingresado hasta el 22 de marzo de 2013. Conseguidos los objetivos del programa de rehabilitación en régimen de ingreso fue dado de alta. Junto al tratamiento farmacológico se recomendó continuar tratamiento rehabilitador en un centro cercano a su domicilio y revisión en un año.

Durante su permanencia en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, continuó siendo valorado en el Hospital de Torrejón, desplazándose los fines de semana para no interferir con la evolución del tratamiento rehabilitador. Acude a revisión el 25 de enero, 3 de febrero, 9 de mayo y 4 de junio de 2013, en esta última consulta realiza seis horas semanales de rehabilitación y dos de piscina. No presenta dolor y comienza a caminar con un bastón. Revisión en tres meses (folio 105).

**TERCERO.-** Ante la reclamación se incoa procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración. Por escrito de 9 de mayo de 2013, se requiere al reclamante para que concrete la cuantía indemnizatoria solicitada o los criterios en base a los cuales pretende que sea fijada e indique el nombre del centro al que fue remitido el paciente para rehabilitación “*según indica en el hecho segundo de la reclamación*” y si efectivamente fue derivado por el Servicio Madrileño de Salud al Hospital de Paraplégicos de Toledo.

Contesta al requerimiento por escrito registrado de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el 21 de mayo de 2013 en el que comunica que es imposible cuantificar la indemnización al no haber quedado aún establecidas las “*importantes secuelas*” del reclamante. No aporta más datos.

En fase de instrucción se han recabado los informes médicos de los servicios intervinientes en el proceso asistencial y que, en síntesis, se han recogido en el antecedente de hecho anterior.

El director gerente del Hospital Universitario de Torrejón emite informe en el que expone que si bien el Hospital Universitario de Torrejón está siendo gestionado por una sociedad de carácter mercantil, el objeto del contrato es la prestación del servicio público de atención sanitaria y en dicho hospital no se realiza medicina privada.

El informe del jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Torrejón, emitido el 4 de junio de 2013, detalla las diferentes pruebas diagnósticas realizadas y los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo al paciente.

El informe de 24 de junio de 2013, del Servicio de Anestesia y la Unidad del Dolor, además de exponer las actuaciones llevadas a cabo desde la derivación del paciente de forma preferente por Traumatología y el inicio del tratamiento con infiltraciones epidurales y que en síntesis, se ha recogido en el antecedente de hecho anterior, añade las siguientes aclaraciones:

*“1. CONSENTIMIENTO INFORMADO: La rutina habitual de la unidad de dolor es la realización de una primera infiltración epidural, informando al paciente de que se repetirá la técnica, si es efectiva, hasta un máximo de tres veces en seis meses. El consentimiento informado se firma en la primera consulta, siendo considerado válido para las futuras infiltraciones ya que constituye la misma información y los mismos riesgos (salvo cambios significativos en la situación del paciente).*

*2. OBSERVACIÓN: Respecto a la observación posterior a la realización de la técnica, no aparece descrita clínica relevante que obligara a modificar el protocolo habitual de actuación tras las infiltraciones epidurales: Debe venir acompañado, se realiza la técnica y tras la misma, se comprueba ausencia de clínica hemodinámica (mareo, malestar) o neurológica, permaneciendo en la Sala de Espera y puede regresar a domicilio.*

*3. Durante o inmediatamente después de la infiltración epidural está descrita en algunos casos la aparición de sintomatología neurológica en posible relación con los cambios de presión por la inyección de aire*



*o líquido en el espacio epidural. Estos síntomas son generalmente transitorios y desaparecen tras 4-6 horas”.*

El jefe del Servicio de Urgencias el 24 de junio de 2013 emite informe sobre la atención al paciente por parte de ese Servicio el día 4 de julio de 2012, comunicando que el reclamante acudió en dos ocasiones: a las 14:05 horas por dolor abdominal y sensación de distensión abdominal y a las 20:55 horas por parestesias y pérdida de fuerza en los miembros inferiores. En la primera atención al no evidenciarse datos de gravedad, se da de alta al paciente en régimen de observación domiciliaria con recomendaciones dietéticas y generales. En el segundo ingreso, se solicita un TAC lumbar que descarta un hematoma como complicación del procedimiento de infiltración que hubiera sido el motivo para plantear una cirugía urgente y

*“Dado que, con las pruebas realizadas, se puede afirmar que el paciente no presenta una complicación del procedimiento de infiltración realizado por la mañana pero sí una progresión de su clínica de lumbociática con afectación neurológica periférica, se decide dejar en observación hospitalaria durante la noche con tratamiento médico.*

*Reevaluado el paciente por la mañana, la clínica neurológica no ha mejorado por lo que se avisa a traumatología para valoración. Traumatología decide adelantar la cirugía de descompresión que tenía programada el paciente para el día 11/7/12 a esa mañana”.*

También se ha incorporado al expediente el informe de alta de Rehabilitación del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, donde permaneció ingresado desde el 14 de agosto de 2012 hasta el 22 de marzo de 2013 recibiendo tratamiento rehabilitador consistente en cinesiterapia, electroestimulación, estudio urológico, evaluación ortésica, evaluación psicológica, hidroterapia,

reeducación de la marcha, cateterismo vesicales intermitentes y terapia ocupacional.

Por su parte, la Inspección Sanitaria emitió informe el 19 de septiembre de 2013, en el que, tras analizar los hechos del caso, emite las siguientes conclusiones:

- “1. Del análisis de la documentación clínica obtenida puede deducirse que el 04/07/2012, en coincidencia cronológica con una actuación terapéutica, apareció un daño neurológico severo y estable.*
- 2. A pesar de todas las exploraciones complementarias realizadas no ha sido posible establecer la filiación del daño aparecido, por lo que no se puede formular una hipótesis etiológica o fisiopatológica razonablemente contrastable en el ámbito del conocimiento científico actual.*
- 3. La complicación aparecida después de la intervención quirúrgica no puede considerarse consecuencia de mala praxis o negligencia.*
- 4. No ha sido posible objetivar en el proceso asistencial realizado al paciente en el Hospital de Torrejón algún error u omisión que constituya una conculcación de la Lex Artis Profesional”.*

Con fecha 17 de febrero de 2013, fue notificada a los interesados en el procedimiento, el reclamante y el Hospital Universitario de Torrejón, la apertura del trámite de audiencia con remisión del expediente administrativo. Los acuses de recibo debidamente firmados obran a los folios 217 a 220.

En uso de dicho trámite, el reclamante, presenta el 12 de noviembre de 2013 en el Servicio de Correos, escrito de alegaciones en las además de exponer nuevamente los hechos y reiterar su escrito inicial, manifiesta que las infiltraciones se hicieron sin su consentimiento, lo que desde su punto

de vista “*no se puede acreditar que se cumpla el requisito de información que es uno de los pilares para aplicar el principio de autonomía del paciente*”. Considera que la ausencia de información tanto escrita como verbal sobre la prueba practicada, sus riesgos y complicaciones “*claramente es una infracción de la lex artis, que ha de ser indemnizada*” y que la Inspección sanitaria no hace mención en las conclusiones a la ausencia de consentimiento informado. Concluye que la Consejería de Asuntos Sociales le ha reconocido un Grado de Dependencia 1, con 46,02 puntos en el baremo, aporta copia del documento.

El 18 de febrero de 2014 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma del viceconsejero de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio), propone desestimar íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado.

**CUARTO.-** Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 4 de marzo de 2014, registrado de entrada el día 13 del mismo mes y que ha recibido el número de expediente 123/14, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VII, presidida por la Excm. Sra. Dña. María José Campos Bucé, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 9 de abril de 2014.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación, en soporte CD, que se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

## CONSIDERACIONES DE 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 (LCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC, cuyo término se fijó el 19 de abril de 2014.

**SEGUNDA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 139 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).

El perjudicado está legitimado activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por cuanto que es la persona que ha sufrido el daño supuestamente ocasionado por una deficiente asistencia sanitaria.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, pues aunque el Hospital de Torrejón, al que se imputa el daño, esté gestionado de forma indirecta por una sociedad mercantil mediante un

contrato de gestión de servicios públicos es reiterada doctrina de este órgano consultivo (dictámenes 167/11 y 173/12, entre otros) que la Administración que ostenta la titularidad del servicio ha de responder de los daños que este produce a terceros en el marco de su funcionamiento normal o anormal, sin que la previsión de un pacto convencional por cuyo cauce se asigne tal responsabilidad al propio prestatario del servicio o la mención normativa citada evite este resultado. La responsabilidad extracontractual de la Administración le viene exigida en tanto en cuanto es titular del servicio correspondiente, por cuyo funcionamiento, normal o anormal, se produce el resultado dañoso, en relación de causa a efecto siendo indiferente que realice directamente la gestión del servicio de que se trate o indirectamente a través de las técnicas legalmente previstas, como la contratación administrativa, por tanto, es distinto el título en virtud del cual se puede exigir la responsabilidad a la Administración, en que basta que la lesión sea consecuencia del funcionamiento del servicio, con la excepción de la fuerza mayor, o a los sujetos privados concurrentes a la producción del daño.

Todo ello sin perjuicio del derecho de repetición de la Administración, como también exponíamos en nuestro Dictamen 379/13.

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”*. La intervención objeto de reproche tuvo lugar el 4 de julio de 2012 y la reclamación se ha presentado el día 30 de abril de 2013, por lo que no cabe duda de que ha sido formulada en plazo, con independencia del momento de determinación del alcance de las secuelas.

El procedimiento se ha iniciado a instancia de parte y se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos. No obstante, procede destacar que se ha sobrepasado con creces el plazo de seis meses para resolver que establece el artículo 13 RPRP.

**TERCERA.-** 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, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Respecto de los daños reclamados, en su escrito inicial el interesado únicamente reclamaba por el daño moral ocasionado, no obstante, tras el requerimiento de la Administración sanitaria para que concretase la cuantía de la indemnización, el reclamante hace referencia a todas las secuelas sin llegar a cuantificar la indemnización por entender que no se han estabilizado las secuelas.

Los daños reclamados comprenden, por lo tanto, no solo los morales sino también los personales o corporales y los patrimoniales derivados de los mismos.

Respecto del daño moral procede hacer una especial observación, ya que el reclamante insiste en la falta de información relativa a la infiltración epidural pese a que el Servicio de Anestesiología y Unidad del Dolor afirma que el interesado firmó documento de consentimiento informado el mismo día de la primera infiltración.

En la historia clínica consta un documento de consentimiento informado suscrito por el interesado el 20 de mayo de 2012, es decir, el mismo día en que se efectuó la primera infiltración epidural. Dicho documento es para anestesia general y loco regional (folios 33 a 35).

En este punto resulta especialmente esclarecedor el informe de la Inspección Sanitaria al exponer que:

*“La técnica de la infiltración epidural es esencialmente idéntica a la de la anestesia epidural que es un tipo de infiltración en la misma estructura anatómica, variando exclusivamente el contenido de los principios activos empleados”.*

En virtud de esta explicación hemos de considerar que el interesado estaba cumplidamente informado de los riesgos de la infiltración, ya que no hay otra actuación médica que precisase un consentimiento informado de las características del que referimos precisamente en esa fecha.

Tampoco cabe argumentar que el documento se suscribió únicamente para la primera intervención y que no se informó respecto de la segunda ya que, como expone el Servicio de Anestesiología y Unidad del Dolor

*“El consentimiento informado se firma en la primera consulta, siendo considerado válido para las futuras infiltraciones ya que constituye la misma información y los mismos riesgos (salvo cambios significativos en la situación del paciente) ”.*

Entre ambas intervenciones medió tan solo algo más de un mes y no constan cambios en la situación del paciente sino precisamente después de la segunda infiltración, pero no entre la primera y la segunda.

Por ello este Consejo Consultivo considera que no se vulneró el derecho de información del paciente, por lo que el dictamen se ceñirá a los daños

corporales y los morales que pudieran derivar de los mismos, pero no del daño moral derivado de la falta de consentimiento informado.

Procede, a continuación, verificar si esos daños traen o no causa de la actuación médica a la que se sometió con objeto de establecer la existencia o no de relación de causalidad.

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 de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Como ha quedado expuesto más arriba, es reiterada la jurisprudencia que viene afirmando que la obligación de los servicios sanitarios en la atención al paciente, en definitiva el ejercicio de la medicina curativa, constituye únicamente una obligación de medios y no de resultados, así la sentencia del Tribunal Supremo de 14 de junio de 2012 (recurso 2294/2011).

La carga de la prueba pesa sobre quien formula la reclamación, pero hay casos en los que, en consideración a las circunstancias concurrentes, dicha obligación se atempera para dar efectividad al principio de facilidad de prueba, expresamente recogido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. A veces, incluso el Tribunal Supremo, por ejemplo en la Sentencia de 27 de junio de 2008 (recurso nº 3768/04), requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad.

En el presente caso el informe de la Inspección Sanitaria concluye que no ha podido objetivarse vulneración de la *lex artis* en el proceso asistencial prestado al reclamante, no obstante lo cual afirma que “*hay una*



*coincidencia cronológica entre la realización de la infiltración y el déficit neurológico y es razonable establecer una correlación causal”.*

Establecida de este modo la relación de causalidad entre el daño y la prestación sanitaria procede esclarecer si la actuación médica fue o no conforme a la *lex artis ad hoc*.

La médica inspectora expone que:

*“A pesar de todas las exploraciones complementarias realizadas no ha sido posible esclarecer la filiación del daño aparecido, por lo que no se puede formular una hipótesis etiológica o fisiopatológica razonablemente contrastable en el ámbito del conocimiento científico actual”.*

Esta afirmación, unida a la vinculación causal que la propia Inspección plantea no permite excluir la mala praxis, ya que no facilita una explicación razonable de las causas por las que el perjudicado sufrió los daños derivados de la intervención. Nos encontraríamos, pues ante un caso de daño desproporcionado.

Se entiende por daño desproporcionado un resultado inusual o anormalmente grave en relación con la media de resultados en intervenciones médicas de similar naturaleza. Se trata, por lo tanto, de un juicio probabilístico o juicio de presunciones: a través de una deducción obtenida de la anormalidad de las consecuencias se afirma que el médico no ha actuado con los datos actuales de la ciencia y con una conducta profesional diligente. El Tribunal Supremo en sentencia 780/2001, de 19 de julio (recurso de casación 1581/1996) expresa: “(...) cuando el resultado obtenido es desproporcionado a lo que comparativamente es usual, una presunción desfavorable al buen hacer exigible y esperado, y también propuesto desde su inicio, que ha de desvirtuar el interviniente, y no el paciente, justificando su adecuada actividad en una impuesta inversión de

*la carga de la prueba según aquellas sentencias reseñadas, especialmente la última de ellas, que ha venido estableciendo por razón de aquella desproporción de resultados que, con más facilidad que nadie, puede justificar el autor de la actividad que el mal resultado surge si es que ésta ha sido por su propia culpa o por causa inevitable e imprevisible”.*

En consideración a la citada jurisprudencia, podemos afirmar que nos encontramos ante de uno de los casos en que procede inversión de la carga de la prueba en virtud al principio de facilidad de prueba, expresamente recogido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, lo que requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad.

En el presenta caso, por lo tanto, no queda acreditada la adecuación de la actuación sanitaria a la *lex artis ad hoc*, la cual, en virtud de la inversión de la carga de la prueba, corresponde en este caso demostrar a la Administración sanitaria, lo que no ha tenido lugar.

Por ello este órgano consultivo considera que procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

**CUARTA.-** Procede a continuación valorar el daño a efectos de su indemnización, que deberá calcularse con referencia al momento en que efectivamente se produjo, de conformidad con lo establecido en el artículo 141.3 LRJ-PAC.

Tomando con carácter orientativo el baremo aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor hemos de subrayar que no se han acreditado en el expediente secuelas permanentes, de hecho la evolución del paciente es favorable como lo demuestra que en consulta de revisión del 4 de junio de 2013 ya no presenta dolor y camina ayudado por un bastón.

La indemnización ha de ceñirse, por lo tanto, a las lesiones no permanentes y, en este sentido solo podemos valorar las efectivamente acreditadas en el expediente, esto es: los días de baja hospitalaria y los días de baja impeditiva, precisamente hasta la última consulta consignada en el mismo que es, precisamente, la de 4 de junio de 2013.

De acuerdo con los datos reflejados en la historia clínica del reclamante, este permaneció hospitalizado, primero en el Hospital de Torrejón y después, sin solución de continuidad, en el Hospital de Paraplégicos de Toledo, desde el 4 de julio de 2012 hasta el 22 de marzo de 2013, ello implica la existencia de 181 días de baja hospitalaria correspondientes al año 2012 y 81 días correspondientes al año 2013.

Los días 181 de baja hospitalaria correspondientes a 2012, a razón de 69,61 euros por día ascienden a la cuantía de indemnizatoria de 12.599,41 euros.

Los 81 días de baja hospitalaria correspondientes a 2013, a razón de 71,63 euros por día ascienden a la cuantía de indemnizatoria de 5.802,03 euros.

Por otro lado, el interesado seguía en tratamiento y caminaba con bastón el 4 de junio de 2013, por lo que no consta que hubiera recibido el alta médica, así que procede considerar una indemnización por días de baja impeditiva desde el 23 de marzo de 2013 hasta el 4 de junio de 2013, lo que son 73 días, a razón de 58,24 euros por día, ascienden a la cantidad de 4.251,52 euros. La suma de estas cifras asciende a 22.652,96 euros.

A ello hay que añadir el 10 por ciento de factor de corrección (2.265,29 euros), ya que el perjudicado se encuentra en edad laboral, pese a no haber acreditado su volumen de ingresos, lo que implica una cuantía total indemnizatoria, incluido el daño moral, por importe de 24.918,25 euros.

Esta cantidad deberá ser actualizada al momento de dictarse resolución, de conformidad con lo prevenido en el artículo 141.3 LRJ-PAC, por otro lado debe considerarse que es una indemnización con carácter provisional pendiente de la determinación definitiva de las secuelas del perjudicado.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial debe ser estimada e indemnizar al reclamante con 24.918,25 euros. Esta cantidad deberá ser actualizada al momento de dictarse resolución, de conformidad con lo prevenido en el artículo 141.3 LRJ-PAC y debe indicarse que es una cuantía establecida con carácter provisional pendiente de la determinación definitiva de las secuelas del perjudicado.

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, 9 de abril de 2014