



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sr. Sobrini Lacruz, Consejero y
Ponente

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 25 de enero de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 3 de enero de 2018 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 4 de enero de 2018, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 3/2018, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Sobrini Lacruz.

Primero.- El 2 de junio de 2016 Dña. xxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Expone que la intervención quirúrgica a la que fue sometida para solucionar una pseudoartrosis de tibia, le produjo una "hemiplejia por síndrome de cola de caballo secundaria a aracnoiditis tras anestesia intra-epidural", secuela de la que no había sido suficientemente informada.

No cuantifica la indemnización solicitada.

Adjunta a su escrito copia de la historia clínica, de la Resolución de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales por la que se le concede un grado de discapacidad del 65 % y de diversa documentación médica.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, entre otros, los siguientes documentos:

- Informe emitido por el especialista en Traumatología y Ortopedia del Hospital hhhh de xxxx1, de 5 de agosto de 2016, en el que se relata el proceso asistencial.

- Informe de una especialista en Anestesiología y Reanimación del Hospital hhhh de xxxx1, de 7 de noviembre de 2016, en el que se da contestación a determinadas preguntas realizadas por la Inspección Médica.

- Informe de la Inspección Médica de 17 de noviembre de 2016, que concluye que:

"A.-Existe una directa, inmediata y exclusiva relación de causa a efecto entre la intervención quirúrgica realizada con anestesia combinada intra-epidural y la secuela de síndrome de cauda equina que padece la paciente.

»El proceso o técnica anestésica documentada, que no describe incidencias, salvo los dos episodios de hipotensión, cumplía los requisitos para evitar esta patología.

»Sin embargo, hay diversos factores que combinados pudieron influir en el desencadenamiento de la Cauda Equina; entre ellos: dos intervenciones previas con anestesia regional, los episodios de hipotensión durante la anestesia, la duración de la intervención quirúrgica, la postura de la

paciente (decúbito supino y otros) que pudieron condicionar una disminución en el riego de la medula espinal, y haber ocurrido el acúmulo de anestésico en la zona; todo ello reflejarían una multicausalidad que pudo haber sido el motivo de este síndrome.

»B.-Es decir que el consentimiento Informado no es un factor determinante, pero las graves secuelas sufridas por Dña. xxxx tras una técnica anestésica realizada de manera adecuada, determina una multicausalidad directa que supone un cierto grado de Responsabilidad de la Administración Sanitaria por un cúmulo de factores que pudieron confluir para ocasionar este grave síndrome de 'Cauda Equina'.

»Es evidente que para una cirugía poco invasiva con una anestesia regional para favorecer el bienestar del paciente y realizada de manera adecuada no podría desembocar en un proceso de la gravedad acontecido, pues ello llevaría a limitar el uso de este tipo de técnicas anestésicas. Como esta cuestión es incongruente con la seguridad que esta técnica ofrece en la actualidad (reconocido en la bibliografía), cabe reafirmar que un conjunto de factores coincidentes en este caso han ocasionado estas graves secuelas”.

- Informe médico pericial, emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 1 de febrero de 2017, que concluye:

“La paciente fue intervenida el 3-6-15 de una pseudoartrosis de tibia, secuela de un angioma de tibia previamente intervenido en tres ocasiones.

»Las dos últimas intervenciones se habían realizado bajo anestesia regional (raquídea y combinada raqui-epidural), sin incidencias.

»La indicación de una nueva anestesia regional fue la lógica y adecuada.

»La paciente, al igual que en ocasiones anteriores, fue previamente informada de los riesgos y posibles complicaciones de la técnica anestésica, entre las que expresamente se mencionaba la meningitis.

»El 3-6-15 se llevó a cabo una anestesia combinada raquí-epidural sin incidencias; la técnica fue correcta tanto por el nivel de administración, el trócar utilizado, el anestésico y su dosificación. Alcanzó el nivel anestésico buscado y la intervención se desarrolló también sin incidencias.

»Tras la retirada del catéter epidural se manifestaron signos neurológicos que hicieron sospechar la existencia de una complicación.

»Tras las correspondientes pruebas se alcanzó el diagnóstico de aracnoiditis (meningitis) y se procedió al tratamiento adecuado.

»La aracnoiditis es una complicación muy poco frecuente de la anestesia intradural, que se produce de forma imprevisible e inevitable pese a una técnica depurada y sobre cuyo riesgo la paciente había sido previamente informada.

»Las actuaciones médicas fueron en todo momento correctas y adecuadas a la *Lex Artis*'.

Tercero.- Mediante escrito de 14 de junio de 2016 se comunican a la reclamante los extremos mencionados en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Cuarto.- Requerida la interesada para que acredite la representación, el 17 de febrero 2017 presenta un escrito en el que manifiesta que no ha autorizado a nadie a realizar actuación alguna en su nombre.

Quinto.- Concedido trámite de audiencia a la reclamante, el 12 de junio de 2017 comparece D. yyyy y obtiene copia parcial del expediente. Adjunta poder de representación.

En la misma fecha la reclamante presenta alegaciones en las que reitera la pretensión inicialmente deducida.

Sexto.- El 3 de julio la Inspección Médica informa que, vistas las alegaciones realizadas, no procede realizar nuevas valoraciones.

Séptimo.- El 17 de noviembre se formula propuesta de orden desestimatoria por prescripción de la reclamación.

Octavo.- El 11 de diciembre de 2017 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente. Mantiene que el informe de la Inspección Médica es poco claro en sus conclusiones, "ya que limitándose a señalar de manera por una parte (...) `tras una técnica anestésica realizada de manera adecuada´, y por otra parte que (...) `la multicausalidad directa que supone un cierto grado de Responsabilidad de la Administración Sanitaria por un cúmulo de factores que pudieron confluir para ocasionar este grave síndrome´, sin realizar un desarrollo del segundo argumento que justifique tal afirmación.

»Dado que la reclamación se basa en la falta de información y no en la inadecuada prestación asistencial, que del informe de la Inspección se desprende que la anestesia loco-regional fue administrada de manera correcta y que en el expediente remitido se acompaña el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante, en el que se menciona la meningitis dentro de los riesgos típicos de la anestesia loco-regional", y la jurisprudencia existente sobre la materia, la Asesoría Jurídica no ve objeción de legalidad en la propuesta de orden objeto de informe.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i),1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo ambas normas aplicables *ratione temporis* al presente procedimiento.

La interesada, no obstante, debió ser requerida para que evaluara el importe de la indemnización solicitada, al menos para concretar la competencia de este Consejo Consultivo para emitir el dictamen preceptivo.

Igualmente cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (2 de junio de 2016) hasta que se formula la propuesta de orden (17 de noviembre de 2017). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamante ha ejercitado la acción en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser éste antijurídico– cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual “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, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida”.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios presentada por Dña. xxxx, debido a la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Consta acreditada la relación de causalidad entre la operación quirúrgica con anestesia epidural efectuada y el resultado dañoso producido (hemiplejia por síndrome de cola de caballo secundaria a aracnoiditis). La Administración sanitaria no discute que la lesión derivó de la intervención quirúrgica señalada y de la previa administración de anestesia epidural, si bien descarta su responsabilidad por considerar que su administración fue correcta, por lo que no se produjo una infracción de la *lex artis*.

Este Consejo Consultivo se ha pronunciado en muchas ocasiones sobre casos similares al presente: intervenciones quirúrgicas con anestesia epidural que conllevan secuelas, habitualmente descritas en el consentimiento informado (por todos, los Dictámenes 163/2007; 866/2008; 940 y 1445/2009; 1409/2010 y 116, 349 y 461/2012).

En el caso de Doña xxxx se produjo una complicación inevitable pese a la utilización de una técnica adecuada, sobre cuyo riesgo la paciente había sido previamente informada (aunque de forma algo general, esto es, sin describir de forma concreta la secuela padecida por la interesada). Debe tenerse en cuenta que el consentimiento informado no puede recoger todos los posibles inconvenientes que pudieran producirse al aplicar una técnica, procedimiento o tratamiento.

En cuanto a si se cumplió con la *lex artis ad hoc*, el informe de la aseguradora de la Administración descarta lo apuntado en el Informe de Inspección acerca de la existencia de una serie de factores combinados que pudieron influir en la aparición de las secuelas. Mantiene que no hubo un cúmulo de factores que confluyeran para dar lugar este síndrome, sino que existió un único factor que fue la reacción anómala de la paciente ante el anestésico local que fue lo que ocasionó una aracnoiditis inflamatoria.

En estos supuestos es preciso poner de manifiesto que, según la doctrina consolidada de la jurisprudencia, si los riesgos típicos o complicaciones inherentes a la intervención están previstos en la literatura médica y siempre que se haya aplicado de forma correcta el procedimiento adecuado para solucionar la patología, de acuerdo con la situación clínica y circunstancias concretas del caso, es decir, conforme a los parámetros de la *lex artis ad hoc*,

los daños que se produzcan derivados de aquellos riesgos o complicaciones se consideran jurídicos, por lo que el particular tiene el deber de soportarlos.

Como se ha indicado anteriormente, la obligación de los profesionales de la medicina es de medios y no de resultados, lo que se traduce en prestar la mejor asistencia posible asumiendo las limitaciones de la propia medicina en el diagnóstico de todas las patologías y curación de enfermedades. Así, el artículo 141 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, dispone que 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 existente en el momento de producción de aquellos.

Tal y como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de enero de 2004: "(...) el daño sufrido por el recurrente no pudo calificarse de antijurídico, ya que la intervención practicada se llevó a cabo con total corrección y la conveniencia de la intervención quirúrgica no se pone en duda, según expresamente declara como hecho probado la Sala de instancia en su fundamento jurídico sexto. No hay, por otra parte, en autos constancia alguna en los informes médicos emitidos, que la técnica utilizada fuera incorrecta y que el resultado hubiera sido distinto de haberse seguido otro método. Faltó, pues, el nexo causal entre la actuación sanitaria y el daño producido."

En tal sentido, este Consejo Consultivo considera que no se está en presencia de un daño desproporcionado. La existencia de un daño desproporcionado incidiría en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad en relación con el *onus probandi* de la relación de causalidad y la presunción de culpa (Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de octubre de 2008). Siendo así, "no puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado, explicación que excluye la aplicabilidad de las consecuencias de esta doctrina jurisprudencial, al no poder atribírseles cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación" (Sentencia del Tribunal Supremo 19 de octubre 2007).

Por último, hay que analizar si la paciente recibió información adecuada sobre el tratamiento a que iba a ser sometido y las posibles complicaciones derivadas de él.

La paciente sí recibió información sobre la intervención quirúrgica a la que iba a ser sometida y sobre la anestesia que se le iba aplicar. En la historia clínica consta el consentimiento informado, firmado por la interesada (documento 3), en el que se describe en qué consiste tanto la anestesia loco regional y algunos de sus riesgos. No obstante, la reclamante considera esta información insuficiente, al no describir una secuela tan grave como la que después sufrió.

El artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, define el consentimiento informado como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibirla información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud".

A su vez, el artículo 4 dispone que "La información deberá extenderse como mínimo a la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias".

En términos similares se recoge, en nuestra Comunidad Autónoma, en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Señala la propuesta de resolución que "la aracnoiditis es una meningitis (ya que la aracnoides es una de las tres capas que forman las meninges) y la meningitis es una complicación de la técnica anestésica imposible de prever o evitar. Aparece en el consentimiento informado de la anestesia loco-regional que firmó, así como en los consentimientos de las dos intervenciones previas y señala entre los riesgos típicos: "(...) y otras menos frecuentes como bloqueo nervioso prolongado, bloqueo masivo, absceso epidural, encefalitis y meningitis". Según dicho documento, se trata de una complicación poco frecuente pero de potencial gravedad, que se cree debida a factores inherentes o a la indisposición del paciente, por lo que se incluye en los consentimientos informados de anestesia regional.

Por ello, en el presente caso, la actuación médica se llevó a cabo previa información y consentimiento del paciente, de acuerdo con los preceptos citados, y siguiendo la técnica adecuada. Así según la Sentencia del Tribunal

Supremo de 3 de octubre de 2000 la conjunción de un riesgo no extraño a la intervención y el consentimiento informado, siempre que no se pruebe que ha existido negligencia, determinan que el daño no sea antijurídico.

Así pues, al constar que ha existido consentimiento informado y no apreciarse mala *praxis* médica, el daño que se alega no es antijurídico por lo que la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede desestimar la reclamación presentada por Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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