

Expediente Núm. 54/2013  
Dictamen Núm. 79/2013

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de abril de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de marzo de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 17 de noviembre de 2011, una letrada, en nombre y representación de la interesada, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye al retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de una lesión, así como a la deficiente información sobre los riesgos de una intervención quirúrgica a cuyas resultas sufre una tetraparesia.

Refiere que tras una caída accidental el 18 de julio de 2009 acudió inmediatamente al Hospital "X", donde, "ante la sospecha de una lesión medular", es derivada al Hospital "Y", en el que, "sin realización de prueba diagnóstica alguna, se decide reenviar de nuevo a la paciente al Hospital "X", al no cumplir su patología, según su valoración, criterios para la realización de una resonancia magnética./ Cuatro días más tarde la resonancia magnética (...) fue (...) realizada en el Hospital "X" (...), en fecha 22 de julio de 2009", y en la misma se evidencian signos de "una incipiente mielopatía cervicoartrósica". Dada de alta el día 24 del mismo mes, y remitida a su médico de cabecera, en el informe de alta "se sugiere que la paciente necesitará cirugía diferida a nivel cervical (...), presentando absoluta normalidad en las extremidades inferiores (...). En fecha 30 de noviembre se le practica una resonancia magnética en la que se le objetiva una compresión de la médula (...) y, en fecha 20 de enero de 2010, se realiza intervención quirúrgica".

Reseña que en la hoja de consentimiento informado para esa operación, firmada por un familiar de la paciente, "únicamente constan como complicaciones el aumento o aparición de parálisis y/o trastornos de la sensibilidad en miembros inferiores", y que en el curso de la operación "se produjo la expansión total del saco medular" y "en el posoperatorio inmediato se manifestó una tetraparesia con afectación prácticamente completa en los miembros inferiores y parcial en los superiores".

Invoca una incorrecta actuación del servicio hospitalario que reenvió a la paciente al hospital de procedencia, por cuanto, "sin realización de prueba diagnóstica alguna, descarta la existencia de la lesión medular, lesión que posteriormente se confirma en el Hospital "X'", así como un retardo en el tratamiento y una desproporción entre el daño sufrido y la entidad de la intervención curativa que justificaría la inversión de la carga de la prueba.

Tras señalar que "en fecha 1 de diciembre de 2010 es dada de alta" por el Servicio de Rehabilitación, y que se le ha reconocido un grado de discapacidad "del 84%, con una valoración de 45 puntos en necesidad de

asistencia de tercera persona”, así como “la situación de dependencia en grado 3, nivel 1”, cuantifica el daño reclamado en doscientos ochenta y un mil setecientos veintiocho euros con cincuenta y tres céntimos (281.728,53 €), acudiendo al baremo que rige para el derivado de accidentes de tráfico.

Acompaña a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos otorgado, entre otros, a favor de la letrada que actúa en su nombre. b) Resolución de la Consejera de Bienestar Social y Vivienda de 12 de enero de 2011, por la que se le reconoce a la interesada un grado de discapacidad del 84% “desde 28-06-2010”, fecha de su solicitud. c) Dictamen técnico facultativo que fundamenta esta resolución, en el que se señala que “el Equipo de Valoración y Orientación (...), en la Junta celebrada en día 22-12-2010”, concluye que la perjudicada “en el momento del reconocimiento” presenta, entre otras afecciones, “tetraparesia”. d) Resolución de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda de 30 de marzo de 2011, por la que se le reconoce la situación de dependencia en “grado 3, nivel 1”, con base en la solicitud presentada por la interesada el 27 de agosto de 2010.

**2.** Con fecha 15 de diciembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la perjudicada la fecha de entrada de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Durante la instrucción, se incorporan al expediente, remitidos por los centros hospitalarios que la atendieron, copias de su historial clínico y de los informes librados por los servicios a los que se imputa el daño, constatándose en el informe de Urgencias del Hospital “Y” que la paciente, de 73 años, sufrió el 18 de julio de 2009 una “caída de una silla, inicio de tetraparesia”, e ingresa en el Hospital “X” por traumatismo, siendo derivada a aquel hospital “para descartar lesión medular” a las 15:30 horas, y regresando a las 19:20 horas, anotándose

en las hojas de curso clínico y de enfermería que “no le hicieron RMN”, reiterándose que “Neumología ..... no estima que la paciente necesite RMN urgente./ Cursamos volante para hacer RMN en ‘X’ a ritmo preferente”. Dicha prueba confirma la existencia de “una estenosis de canal cervical con signos de mielopatía cervicoartrósica”, por lo que fue dada de alta hospitalaria el 24 de julio de 2009 con la indicación de “completar estudios y (...) cirugía diferida a nivel cervical”.

Posteriormente, según consta en el informe radiológico de 30 de noviembre de 2009, se le practica una nueva RMN en la que “se objetiva una compresión de la médula desde C4 hasta C7, aunque principalmente C4-C5 y C5-C6, con una hiperintensidad en la señal de la misma en situación central debido a cambios de mielopatía cervicoartrósica”.

Obra en el expediente, asimismo, el informe del Jefe de la Sección de Traumatología del centro hospitalario que interviene a la paciente, fechado el 28 de enero de 2010, en el que se detalla que el 20 de enero de 2010 “se le realiza un abordaje posterior y una liberación mediante laminectomía y artrodesis a masas laterales desde C4 a C7 (...). En el posoperatorio inmediato se detecta la existencia de una tetraparesia con afectación prácticamente completa en MMII y parcial de los superiores”, solicitándose su traslado al Servicio de Rehabilitación.

En el informe de alta librado por este último Servicio consta que “a su llegada, en enero-2010, se trataba de una tetraparesia incompleta no funcional, con indicios de movilidad en bíceps, tríceps y supinadores, así como psoas, cuádriceps, tibial anterior y posterior y flexores dorsales de dedos y peroneos izquierdos (...). La sensibilidad estaba alterada desde el nivel metamérico C5 bilateral”. En él, fechado el 1 de diciembre de 2010, el mismo día del alta por “mejoría”, se recoge como diagnóstico principal “tetraparesia ASIA-D C5”, observándose que ya “realiza marcha en trayectos cortos con andador (...), pendiente de intentar marcha con bastones”, y reseñándose *in fine* “traslado al Hospital de Paraplégicos .....”. Este último centro libra informe el 19 de enero de

2011 en el que se indica que la paciente es citada el 1 de diciembre de 2010 para "2ª opinión y posible tratamiento", coincidiendo en diagnóstico con el del informe anterior, y recomendándosele "proseguir tratamiento cinesiterápico ambulatorio para mantener recorridos articulares y potenciación muscular, a criterio de su médico rehabilitador de su área sanitaria". Se explicita que la paciente "utiliza silla de ruedas manual (...). Hace marcha terapéutica en interiores con andador sin ortesis".

Figuran asimismo en aquel, entre otras hojas de consentimiento informado, una "para recalibrado vertebral cervical y/o artrodesis instrumental", rubricada por la hija de la paciente, en la que constan como "complicaciones más frecuentes de la intervención propuesta (...) aumento o aparición de parálisis y/o trastornos de la sensibilidad en miembros inferiores", junto a la indicación de que "he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas, me han sido aclaradas mis dudas de manera satisfactoria".

En el informe librado por el Jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" se señala que "por parte de este Servicio no consta en toda su historia ninguna anotación ni valoración escrita en relación con el ingreso al que aluden en el escrito de reclamación (...). No he encontrado ninguna referencia por parte de ningún neurocirujano".

En el posterior informe rubricado por los responsables del Área de Urgencias de este centro hospitalario el 23 de febrero de 2012 se reseña que "una vez que la paciente llega al Servicio de Urgencias es atendida inicialmente por el equipo de guardia de Traumatología (...). Según consta en el informe, comentan el caso con el equipo de guardia de Neurocirugía y se decide no realizar ningún procedimiento diagnóstico más y se remite a la paciente a su hospital de origen para tratamiento oportuno y seguimiento evolutivo".

En el emitido por la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital "X" se refiere que la accidentada acude "el 18-7-2009" tras "caída casual en domicilio" y, según se recoge en la historia clínica, "sufre traumatismo craneal sin pérdida de conciencia, después del golpe refiere imposibilidad para elevar los brazos y

parestesias en manos y brazos”. Tras relatar las pruebas a las que fue sometida, concluye que “en Urgencias, ante la persistencia de la disestesia en MMSS se sospecha de lesión medular y se la ingresa en Traumatología”.

En el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del mismo centro hospitalario, fechado el 29 de diciembre de 2011, se relata que el Servicio de Urgencias diagnosticó “tetraparesia transitoria secundaria a traumatismo cráneo-cervical sobre patología preexistente (estenosis de canal cervical con lesión centromedular a nivel C4-C5)”. Ante el “riesgo de sufrir otra tetraparesia (...) se decide, junto familia y paciente, realizar una cirugía diferida de descompresión y estabilización”, que tiene lugar “sin ninguna incidencia”, aclarándose que la expresión “expansión total del saco medular” significa “la situación final deseada por el cirujano, puesto que indica (...) re-expandido a su diámetro normal”. Expone que “en el posoperatorio inmediato se detecta un cuadro de tetraparesia (...), un aumento del edema medular sobre la lesión preexistente”, descartándose “reintervención, dado que el tratamiento esteroideo es el protocolizado en estas situaciones./ La paciente mejoró de manera lenta y fue trasladada al Servicio de Rehabilitación”. Concluye que, “al no haber deterioro neurológico en su domicilio, la espera de 6 meses no ha tenido influencia en el resultado final. De hecho, un tiempo mínimo de 3 meses es aconsejable después del traumatismo (...). La aparición, objetiva, del edema medular posquirúrgico es imprevisible y no detectable durante el acto quirúrgico, puesto que se trata de un proceso intramedular y la actuación del cirujano es extramedular. No ha sido descrita relación entre edema medular post y tiempo de espera en pacientes estables durante el periodo antes de la cirugía”. Añade que “los hechos acontecidos están contemplados en el consentimiento firmado”, al recogerse en él que “una de las complicaciones más frecuentes es la aparición de parálisis”, pues “el término tetraparesia es un tipo de parálisis no completa”, y remarca “el grado de recuperación conseguido” al finalizar la rehabilitación, “con una secuela

neurológica tipo ASIA D” que responde a una escala en la que “el tipo A es el más grave y el E significa normalidad”.

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y”, fechado el 29 de febrero de 2012, se concluye que “no creo que el traumatismo que describimos haya jugado ningún papel en la evolución posterior (...). Se trata de una paciente que ya presentaba una mielopatía cervical espondilótica que se agravó inicialmente (...), pero que recuperó casi de inmediato. Varios meses después fue intervenida de su mielopatía y, al parecer, presentó secuelas severas ya en el posoperatorio inmediato”.

El informe médico requerido por el Instructor del procedimiento al Servicio de Rehabilitación se limita a describir el estado de la paciente.

**4.** El día 14 de mayo de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él se reseña que la paciente, reenviada por el Hospital “Y”, permanece ingresada en Traumatología, realizándosele “RMN de columna cervical con carácter preferente” y, tras completar estudio “y dada la buena evolución (...), es dada de alta el 24-07-2009, persistiendo únicamente parestesias residuales en ambas manos”. Considera que no hay “nada que reprochar a la actuación de los profesionales” que le prestaron asistencia, que la atendieron “aplicando la terapia que su situación clínica requería”, sin que el Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y” “realizase una actuación sanitaria incorrecta por no hacer una RMN ese día”, pues “lo que hicieron fue descartar la necesidad de realizar una RMN urgente, dado que la situación clínica de la paciente no la requería”. Se constata que días más tarde se realizó aquella en el hospital de procedencia, detectándose “patología degenerativa en columna cervical”, y que previamente “se había hecho un TAC cervical en el que ya se diagnostica patología degenerativa de raquis cervical”. Tras avalar la corrección de la intervención quirúrgica, afirma que el consentimiento informado incluye, como complicaciones posibles, “la aparición de parálisis o trastornos de la

sensibilidad” y que “fue firmado por una hija de la paciente, que, por las anotaciones que constan en la historia, se puede colegir que es personal sanitario del propio hospital, y por tanto se le supone una capacidad de comprensión de la información facilitada superior a la esperada en otras personas ajenas al mundo sanitario”.

**5.** Con fecha 19 de junio de 2012, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas en Neurocirugía. En él se concluye que la paciente “presentaba un diagnóstico clínico y neurorradiológico de mielopatía cervical por el que se indicó la intervención quirúrgica. Dicha indicación fue correcta (...). La técnica quirúrgica empleada fue correcta, sin evidencias de mala praxis (...). La complicación de isquemia medular por inflamación posquirúrgica es un riesgo propio de esta patología que está descrita habitualmente en la literatura científica (...). Se firmó un consentimiento informado donde se especificaba dicho riesgo”.

**6.** El día 8 de octubre de 2012, la compañía aseguradora presenta un escrito en el que sostiene que la reclamación es extemporánea, toda vez que “ha quedado suficientemente acreditado que la fecha en que la secuela se encontraba estabilizada, y la paciente fue consciente del diagnóstico de tetraparesia, es el 28 de enero de 2010”.

**7.** Evacuado el trámite de audiencia, la representante de la interesada toma vista del expediente y presenta, el 11 de diciembre de 2012, un escrito de alegaciones en el que solicita la suspensión del plazo a este efecto, por entender que falta el informe del traumatólogo “que realizó la intervención” y que otro de los obrantes en las actuaciones carece de firma.

Mediante oficio de 19 de diciembre de 2012, el Instructor del procedimiento comunica a la interesada que el informe requerido “no es de obligada incorporación” y que el carente de firma obra también en otro lugar

del expediente “debidamente firmado”, concediéndole “un plazo de 15 días” para formular alegaciones.

Con fecha 18 de enero de 2013, la perjudicada presenta un escrito de alegaciones en el que se vierten consideraciones médicas contradictorias con lo expresado en los informes periciales y se rechaza la prescripción de acciones, al considerar que la reclamante solo fue “conocedora del alcance de las lesiones (...) tras el tratamiento rehabilitador”, que se prolongó “en el Hospital de Parapléjicos .....” hasta el 19 de enero de 2011, “fecha en la que se emitió informe por dicho centro nacional de referencia”.

**8.** Con fecha 22 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, entendiendo que “el 28-01-2010 la perjudicada ya tenía conocimiento del diagnóstico de la tetraparesia”, y asume las conclusiones alcanzadas en los informes técnicos obrantes en el expediente.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de marzo de 2013, registrado de entrada el día 3 del mes siguiente, 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, 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 la determinación del alcance de las secuelas”. En consecuencia, el primer criterio legal para la determinación del *dies a quo* del cómputo del plazo para el ejercicio de la acción de reclamación es el del momento del hecho dañoso (en el supuesto que nos ocupa, el de la intervención quirúrgica o de la asistencia previa); pero, si el efecto lesivo se manifiesta con posterioridad habrá que estar a dicho momento, salvo que sea incierto e imprevisible el curso de la enfermedad y sus manifestaciones, en cuyo caso el *dies a quo* será el del momento de la curación o el de la determinación definitiva del alcance de las secuelas o de su estabilización.

En el caso que se somete a nuestra consideración, la propia interesada alude en su escrito inicial al informe del Jefe de la Sección de Traumatología, fechado el 28 de enero de 2010, en el que se objetiva que “en el posoperatorio inmediato se detecta la existencia de una tetraparesia con afectación prácticamente completa en MMII y parcial de los superiores”, solicitándose el traslado de la paciente al Servicio de Rehabilitación. En el informe de alta librado por este Servicio el día 1 de diciembre de 2010 se corrobora que “a su llegada, en enero-2010, se trataba de una tetraparesia incompleta no funcional, con indicios de movilidad”, especificándose el diagnóstico de “tetraparesia ASIA-D C5”, que se reitera más tarde por el centro al que se desplaza para “2ª opinión y posible tratamiento”. En otro informe técnico -el librado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología el 29 de diciembre de 2011, se detalla que “el término tetraparesia es un tipo de parálisis no completa”, lo que explica “el grado de recuperación conseguido” al finalizar la rehabilitación, “con una secuela neurológica tipo ASIA D” que responde a una escala en la que “el tipo A es el más grave y el E significa normalidad”. También los informes del Servicio de Rehabilitación constatan, en diciembre de 2010, una apreciable mejoría, pues la paciente ya “realiza marcha en trayectos cortos con andador” y “utiliza silla de ruedas manual” (folios 307 y 310).

Ciertamente, entre la fecha del primer informe en el que se diagnostica la tetraparesia (28 de enero de 2010) y la del alta en Rehabilitación con exacto conocimiento del alcance de las secuelas (1 de diciembre de 2010) la accidentada realiza actos propios que podrían hacer presumir que considera estabilizada la dolencia, lo que avalaría la extemporaneidad de la acción ejercida en el presente procedimiento, ya que solicita, los días 28 de junio y 27 de agosto, el reconocimiento de un grado de discapacidad y de la situación dependencia, respectivamente, siéndole ambos reconocidos, ya en 2011, con base en comprobaciones o valoraciones médicas cuya extensión y concreción temporal no constan.

Sin embargo, no habiéndose documentado terminantemente que las manifestaciones lesivas hubieran quedado fijadas o estabilizadas en fecha anterior a 1 de diciembre de 2010 -día de alta en Rehabilitación-, y debiendo operarse en el cómputo del plazo, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, de un modo flexible, antiformalista y favorable a los perjudicados, cabe concluir que la reclamación presentada el día 17 de noviembre de 2011 no es, en aplicación de un principio *pro actione*, extemporánea.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 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 del Tribunal Supremo, 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.-** Imputa la reclamante a la Administración sanitaria la producción de un daño consistente en una tetraparesia posquirúrgica, al considerar que esa lesión es el resultado de un retardo en su diagnóstico y tratamiento, que se produce asimismo como consecuencia de una deficiente cirugía y que, además, es antijurídica, al no haber mediado una información suficiente sobre los riesgos de la intervención practicada. Igualmente, invoca una desproporción entre el daño sufrido y la naturaleza o entidad de la intervención curativa, lo que justificaría la inversión de la carga de la prueba.

Acreditado el daño, de lo actuado se deduce que la perjudicada acude a un centro hospitalario el 18 de julio de 2009 con traumatismo craneal e “inicio de tetraparesia” tras sufrir una caída de una silla, siendo remitida el mismo día al hospital de referencia para la práctica de una resonancia nuclear magnética urgente, y reenviada a las pocas horas al valorarse, en este último centro, que no reunía los criterios para la realización de esa prueba diagnóstica. Ingresada entonces en el Servicio de Traumatología y sometida cuatro días después a una resonancia magnética, consta en el informe de alta -dos días más tarde- que no se aprecia lesión craneal derivada del traumatismo pero sí signos de una “incipiente mielopatía cervicoartrósica” y una “estenosis de canal cervical” en los segmentos “C4-C5”, por lo que “necesitará cirugía diferida a nivel cervical”. En definitiva, en ese primer ingreso ya se diagnosticó a la paciente una “tetraparesia transitoria secundaria a traumatismo cráneo-cervical sobre patología preexistente (estenosis de canal cervical con lesión centromedular a nivel C4-C5)”.

La paciente ingresa de nuevo por Urgencias en noviembre de 2009, realizándosele otra resonancia que confirma la patología degenerativa, por lo que, ante el riesgo de sufrir tetraparesia, se decide, junto a su familia, realizar una cirugía diferida de descompresión y estabilización. Intervenido el 20 de enero de 2010, en el curso de la operación se produce la “expansión total del saco medular”, y en el posoperatorio inmediato se detecta un cuadro de tetraparesia “con afectación prácticamente completa en los miembros inferiores y parcial en los superiores”.

Aislado el sustrato fáctico, hemos de reparar en que no se aprecia relación de causa a efecto entre el daño sufrido y el invocado retardo en el diagnóstico o el tratamiento de la dolencia. En lo que atañe al diagnóstico, la paciente sufre una patología degenerativa en la columna cervical que se le detecta con ocasión de su ingreso hospitalario por traumatismo craneal e “inicio de tetraparesia”, debiendo reseñarse que la necesidad de una “cirugía diferida a nivel cervical” se pauta ya en julio de 2009 a la luz de la resonancia magnética practicada a los cuatro días del primer ingreso hospitalario, por lo que la efectuada con ocasión del siguiente ingreso -el 30 de noviembre de 2009- no revela una patología distinta a la inicialmente observada.

Respecto al abordaje de la enfermedad, en el informe librado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del centro hospitalario en el que la paciente fue intervenida se razona -sin elemento atendible que lo contradiga- que, “al no haber deterioro neurológico en su domicilio, la espera de 6 meses no ha tenido influencia en el resultado final. De hecho un tiempo mínimo de 3 meses es aconsejable después del traumatismo (...). No ha sido descrita la relación entre edema medular post y tiempo de espera en pacientes estables durante el periodo antes de la cirugía”. Desechado el engarce material entre el transcurso del tiempo y el desenlace final, tampoco sería preciso analizar -en obsequio al rigor- la corrección del reenvío de la paciente a su hospital de origen sin practicarle una resonancia nuclear, toda vez que, sometida a esa misma prueba cuatro días después, aquella primera omisión

-acertada o no desde un plano médico- deviene irrelevante en el orden fáctico, aunque consta incluso en el expediente un informe técnico que considera que el Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y” no realizó “una actuación sanitaria incorrecta por no hacer una RMN” el día en que allí fue derivada, toda vez que “lo que hicieron fue descartar la necesidad” de practicar “una RMN urgente, dado que la situación clínica de la paciente no la requería”.

En cualquier caso, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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 del Tribunal Supremo 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.

Ello implica, en el caso ahora examinado, que la reclamante tenía derecho a que se le dispensara un tratamiento adecuado no solo en el momento de la intervención quirúrgica, sino también previamente, pero lo que

en ningún caso ostentaba era un derecho a una inmediata detección de la lesión medular -aunque es necesario subrayar que el diagnóstico de la enfermedad que padecía se efectuó durante su primer ingreso hospitalario y en el lapso de unos pocos días- o a una asistencia que garantizara que no se desencadenase una tetraparesia, pues ello equivaldría, como ha reiterado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 7/2007, de 15 de febrero), a sustituir, en el enjuiciamiento de la medicina asistencial o curativa, el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado, cuando ni la ciencia -y arte- de precaver y curar la enfermedad del cuerpo humano es exacta, ni los profesionales que la practican infalibles.

Comoquiera que la reclamante se limita a la argumentación dialéctica de la responsabilidad de la Administración sin aportar medio alguno de prueba, pese a que sobre ella recae su carga, a la hora de emitir un juicio acerca de sus pretensiones se hace necesario partir del conjunto de informes obrantes en el expediente, incorporados todos ellos por la propia Administración o por la compañía aseguradora.

Pues bien, a la vista de los mismos, no es posible compartir técnicamente la argumentación de la interesada. En el informe técnico de evaluación se reseña que los profesionales médicos aplicaron a la paciente "la terapia que su situación clínica requería". En el informe librado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del centro hospitalario en el que se la intervino se razona que "la aparición, objetiva, del edema medular posquirúrgico es imprevisible y no detectable durante el acto quirúrgico, puesto que se trata de un proceso intramedular y la actuación del cirujano es extramedular". En el informe emitido a instancias de la aseguradora, suscrito por tres especialistas en Neurocirugía, se aprecia que la paciente "presentaba un diagnóstico clínico y neurorradiológico de mielopatía cervical por el que se indicó la intervención quirúrgica. Dicha indicación fue correcta (...). La técnica quirúrgica empleada fue correcta, sin evidencias de mala praxis".

En cuanto a la pretendida desproporción entre la entidad del daño y la

intervención curativa, todos los informes técnicos obrantes en el expediente son contrarios a esa apreciación. En el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología se detalla que “ante el riesgo de sufrir otra tetraparesia (...) se decide, junto familia y paciente, realizar una cirugía diferida de descompresión y estabilización”, habiéndoseles advertido oportunamente de que “una de las complicaciones más frecuentes es la aparición de parálisis”. En el informe técnico de evaluación se reitera la eventualidad de “parálisis o trastornos de la sensibilidad”. Finalmente, en el informe suscrito por los especialistas se afirma que “la complicación de isquemia medular por inflamación posquirúrgica es un riesgo propio de esta patología que está descrita habitualmente en la literatura científica”.

Por último, debe rechazarse el carácter antijurídico del daño que la reclamante anuda a una deficiente información sobre los riesgos de la intervención quirúrgica. En efecto, en el informe librado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología se aprecia que “los hechos acontecidos están contemplados en el consentimiento firmado”, al recogerse en él que “una de las complicaciones más frecuentes es la aparición de parálisis”; complicación que se presentó en este caso en forma inicial de una “tetraparesia con afectación prácticamente completa en MMII y parcial de los superiores” que evolucionó, tras un periodo de rehabilitación, como exponen los informes médicos que obran en el expediente, hasta una “tetraparesia ASIA-D C5”, un “tipo de parálisis no completa” que explica “el grado de recuperación conseguido” al finalizar la rehabilitación.

En el informe técnico de evaluación se constata, igualmente, que en el consentimiento informado se incluyen como tales “la aparición de parálisis o trastornos de la sensibilidad”, habiendo sido aquel “firmado por una hija de la paciente (...), personal sanitario del propio hospital”.

Igualmente, en el informe aportado por la aseguradora se observa también que “se firmó un consentimiento informado donde se especificaba dicho riesgo”.

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  
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.