

Dictamen Núm. 37/2024

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de febrero de 2024, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 29 de septiembre de 2023 -registrada de entrada el día 4 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a la asistencia prestada por el servicio de salud tras un accidente laboral.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de diciembre de 2022 una letrada, en nombre y representación del interesado, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de la intervención del servicio público sanitario.

Expone que el reclamante prestaba “servicios laborales por cuenta y bajo la dependencia de la empresa” que identifica “mediante contrato de trabajo temporal por obra o servicio determinado, si bien trabajando en el centro de

trabajo de la empresa usuaria” que especifica “desde el 25 de mayo de 2020 hasta el momento del accidente de trabajo, y bajo la categoría profesional de peón especialista”.

Señala que su representado sufrió un accidente al precipitarse “desde una altura aproximada de metro y medio, cayendo entre dos máquinas, la perfiladora atascada y la aplanadora”, siendo atendido inicialmente en un centro asistencial de su mutua laboral que lo deriva, dada “la gravedad de las lesiones”, al Hospital “X”, donde “es ingresado e intervenido quirúrgicamente de urgencia”.

Indica que al alta presenta “un diagnóstico principal de politraumatismos” que concreta en: “trauma pie derecho” con “fractura metafisaria de últimos metatarsianos./ Trauma torácico” con “fracturas costales (...)”. Trauma abdominal” con “probable contusión hepática”, e “infarto medular T10-T12”, reseñando que “como incidencia durante su estancia en la UCI ya se objetiva incontinencia urinaria y pérdida de sensibilidad y fuerza en MMII”, y añade que “ante la gravedad de su cuadro clínico ha sido trasladado al Servicio de Rehabilitación” del Hospital “Y”, en el que ingresa el 19 de noviembre de 2020 con el diagnóstico de “paraplejía completa dorsal 10, Asia A”. Precisa que fue derivado al Hospital de Toledo el día 22 de julio de 2021, en el que permaneció ingresado “hasta el (...) 29 de abril de 2022, habiendo seguido programa de rehabilitación integral de su lesión medular”. Significa que a causa del “accidente de trabajo de carácter grave” ocurrido el día 29 de octubre de 2020 ha sido “declarado afecto de gran invalidez” mediante “resolución emitida por la Dirección Provincial de Instituto Nacional de la Seguridad Social, de fecha 16 de marzo de 2022”.

En cuanto al nexo causal, afirma que “fuentes científico médicas actuantes a instancia de la empresa donde se accidentó” mantienen “que la pérdida de sensibilidad y fuerza de miembros inferiores, y concretamente de su paraplejía completa, podría derivar de una negligencia médica al suministrarle la anestesia para realizar la intervención quirúrgica de su pie derecho fracturado en el accidente de trabajo”.

Solicita una indemnización de un millón ochocientos cuarenta y dos mil ochocientos noventa y siete euros con cincuenta y siete céntimos (1.842.897,57 €), cantidad en la que se incluyen los conceptos de lesiones temporales, secuelas y perjuicio patrimonial, que comprende tanto el “daño emergente” como “diversos gastos adicionales ocasionados y resarcibles”.

Adjunta copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Poder notarial acreditativo de la representación invocada. b) Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 17 de marzo de 2022, que aprueba la concesión de una “pensión de incapacidad permanente, en el grado de gran invalidez”, determinándose en el informe del Equipo de Valoración de Incapacidades como “cuadro residual” de la contingencia de “accidente de trabajo” el de “lesión medular T10 – Asia A”. c) Diversos informes médicos relativos a la asistencia dispensada, entre los que se encuentra el de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos del primer hospital público en el que ingresó tras el accidente, constandingo como motivo del ingreso “politraumatizado grave”. d) Demanda formulada el 22 de septiembre de 2022 por otra letrada en nombre y representación de la empresa usuaria en la que el reclamante se encontraba prestando servicios ante un Juzgado de lo Social, sobre recargo de prestaciones, contra el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Tesorería General de la Seguridad Social, la empresa de trabajo temporal que puso a disposición al trabajador y el propio trabajador afectado. En ella se afirma que el contenido de la declaración ante Inspección del trabajador accidentado -al que se atribuye un “comportamiento imprudente” que “roza lo temerario”- se contradice con el normal funcionamiento de la máquina implicada, lo que se indica a efectos de esclarecer las causas del accidente, reseñándose que la empresa demandante fue sancionada por infracción grave al concluir la Inspección de Trabajo que la causa del mismo fue “la posición inadecuada del trabajador accidentado sobre el equipo de trabajo que de manera intempestiva se puso en funcionamiento”. Añade que debe tenerse en cuenta que inicialmente el trabajador “se levantó por su propio pie” y podía desplazarse, citando “informes médicos aportados al procedimiento penal” para sugerir que la “pérdida de sensibilidad y fuerza en los miembros

inferiores podría derivar más bien de un problema de etiología común o de una posible negligencia médica al suministrarle la anestesia para la operación, pero en ningún caso (...) se puede achacar a la caída" directamente.

2. Mediante oficio de 8 de marzo de 2023, una funcionaria del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia obrante en el Hospital "Y".

Con fecha 23 de marzo de 2023, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le envía una copia de la historia clínica del reclamante en el Hospital "X" y los informes de los Servicios de Anestesia, Traumatología y Unidad de Cuidados Intensivos del referido centro. El informe del Servicio de Anestesia cita en su bibliografía cuatro estudios titulados, respectivamente, "Anestesia espinal parte IV. Técnica de la anestesia espinal y sus variaciones"; "*Hypercoagulability after trauma: Hemostatic changes and relationship to venous thromboemolism*"; Actualización en lesión medular aguda postraumática. Parte 1", e "Infarto medular: etiología, hallazgos radiológicos y factores pronósticos en una serie de 41 pacientes", así como el prospecto del anestésico local empleado.

3. Previo requerimiento formulado por el Instructor del procedimiento, la representante del interesado presenta el 12 de mayo de 2023 un escrito al que acompaña una "copia completa del informe de alta en Rehabilitación del Hospital de Toledo", de fecha 29 de abril de 2022.

4. El día 19 de junio de 2023, una especialista en Neurología y máster en Valoración del Daño Corporal elabora un informe a instancia de la compañía aseguradora. En él se realizan diversas consideraciones médicas sobre la vascularización medular, el infarto medular y la anestesia raquídea, analizando a continuación en detalle su aplicación al supuesto planteado.

Concluye que "el origen etiológico del infarto isquémico medular en este paciente no ha podido ser definido claramente", proponiéndose "una causa

aterotrombótica como más probable y por exclusión, no demostrándose causa infecto/inflamatoria ni vascular”, lo que le conduce a establecer “que no existe evidencia ni clínica ni científica que relacione las lesiones que sufre el paciente con la anestesia raquídea intradural que se le aplicó para el procedimiento quirúrgico urgente al que fue sometido el día 29-10-2020”, y que se obró “conforme a los lineamientos y recomendaciones de las diferentes sociedades científicas implicadas, es decir, siguiendo la *lex artis ad hoc*”.

Figura incorporado a continuación un informe médico pericial de praxis emitido el 10 de mayo de 2023 por una especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. En él se concluye que “la causa primaria del infarto medular queda sin esclarecerse, habiéndose descartado etiología traumática, alteraciones vasculares e infecciosas por pruebas de imagen (RMN, angiotac y arteriografía medular) y análisis de líquido cefalorraquídeo”, siendo “el origen más plausible” el “trombótico, al tratarse de un paciente con factores de riesgo cardiovascular, que sufre un politraumatismo, cuyo estado inflamatorio aumenta las posibilidades de eventos trombóticos”.

5. Mediante oficio notificado a la representante del interesado el 4 de julio de 2023, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia.

No consta en el expediente que se hayan formulado alegaciones.

6. Con fecha 21 de agosto de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes incorporados al procedimiento, destacando la ausencia de soporte pericial de la imputación realizada y sin que exista relación “ni espacial ni temporal” entre la “realización de la técnica anestésica intradural y la lesión medular”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de septiembre de 2023, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de

responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado 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 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de

daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 1 de diciembre de 2022, sin que ni el reclamante, ni la propuesta de resolución, se pronuncien expresamente sobre el *dies a quo* para el cómputo del plazo para reclamar. Al respecto, observamos que el hecho causante sobre el que versa la reclamación radica en la intervención practicada el día 29 de octubre de 2020 en el Hospital “X” para el tratamiento de una fractura de pie sufrida con ocasión de un accidente laboral. Al día siguiente se le diagnostica “infarto agudo medular” que determinó el de paraplejia completa dorsal ya durante el ingreso, a lo largo del mes de noviembre de 2020. En el mes de julio de 2021 fue trasladado al Hospital de Toledo, en el que siguió un programa de rehabilitación integral de su lesión medular, siendo alta el día 29 de abril de 2022.

Partiendo de los elementos fácticos expuestos, este Consejo viene sosteniendo (entre otros, Dictámenes Núm. 320/2012 y 125/2022) que el *dies a quo* del cómputo del plazo no se inicia hasta que no quedan perfectamente determinadas las consideraciones, tanto fácticas como jurídicas, que posibilitan el ejercicio de la acción, debiendo tomarse en cuenta, con carácter general, la fecha del alta sanitaria o, en su caso, la del posterior tratamiento rehabilitador, salvo que ya conste previamente acreditada la irreversibilidad del daño o la secuela y aquel sea entonces meramente paliativo de los síntomas (por todos, Dictamen Núm. 215/2015). No obstante, también hemos insistido en ocasiones anteriores que para resolver la posible prescripción no podemos considerar aisladamente los aspectos técnico-médicos concurrentes, sino que debemos introducir un elemento subjetivo, el que se deriva del momento en el que el perjudicado es informado -y por ello adquiere plena conciencia- del alcance de la lesión que imputa al servicio público.

Es irrelevante la fecha de la Resolución de la Dirección Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social que declara la situación de gran invalidez del reclamante (por todos, Dictámenes Núm. 82/2019 y 182/2021), pues la jurisprudencia del Tribunal Supremo viene señalando

constantemente que las declaraciones administrativas sobre incapacidad no pueden ser tenidas en cuenta a la hora de determinar el *dies a quo* del plazo de prescripción. Así la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1137- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª), concluye que “el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por una prestación médica de los servicios públicos (...) es el de la fecha de curación, o como aquí acontece, desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado”.

Tampoco el proceso penal derivado del accidente que se menciona en la demanda ante el Juzgado de lo Social (folio 48) surte aquí eficacia interruptiva, dada la disparidad entre los sujetos intervinientes y los hechos enjuiciados.

Ahora bien, el informe de alta de Rehabilitación del Hospital de Toledo, de fecha 29 de abril de 2022, refleja un proceso rehabilitador complejo y demorado por el estado del paciente, sin que su lectura permita deducir que la asistencia prestada durante el ingreso fuera meramente paliativa.

Subsistiendo antes de ese alta ciertas dudas sobre el alcance del daño, debe ponderarse además el aparente desconocimiento de la relación causal entre la lesión y la asistencia sanitaria dispensada, de la que el paciente cobra conciencia -según sus manifestaciones- cuando a la vista de la demanda ante el orden social se pone de manifiesto la eventual relación con la anestesia, a partir de “fuentes científico médicas actuantes a instancias de la empresa donde se accidentó”, que -según expone- “mantienen que la pérdida de sensibilidad y fuerza de miembros inferiores, y concretamente de su paraplejia completa, podría derivar de una negligencia médica al suministrarle la anestesia para realizar la intervención quirúrgica”.

No aporta ninguno de los informes técnicos aludidos, limitándose a incorporar una copia de la demanda (folio 45) interpuesta en el orden social por parte de la empresa titular del centro de trabajo en el que tuvo lugar el

accidente (en pleito que versa sobre la responsabilidad empresarial en el mismo e imposición a la empleadora de recargo). En ella, la empresa demandante alude a la existencia de un “procedimiento penal derivado del accidente” en el que se habrían aportado “informes médicos” que constatan “que esa pérdida de sensibilidad y fuerza en los miembros inferiores podría derivar más bien de un problema de etiología común o de una posible negligencia médica al suministrarle la anestesia para la operación”. La falta de aportación de dichos informes impide -como señalamos- conocer su auténtico carácter y fecha, que en todo caso sería anterior a la de la presentación de la demanda el día 23 de septiembre de 2022. Ahora bien, frente a esa fecha con la que se salvaría la prescripción consta una anotación en el curso clínico hospitalario el 29 de diciembre de 2020, en el registro de información a familiares, expresiva de que la esposa del paciente “pregunta si la lesión medular” pudo “deberse a un problema con la anestesia”, a lo que se responde que “el origen más probable es una isquemia medular en el contexto de un politraumatismo grave y en un paciente con antecedentes de HTA y obesidad”- (folio 451 de la historia Millennium del Hospital `Y`).

En definitiva, concurren dudas relevantes en torno a la prescripción, pues entre la fecha en la que se diagnostica la “paraplejia completa dorsal 10” (en el año 2020) y la del alta en Rehabilitación con exacto conocimiento del alcance de las secuelas (29 de abril de 2022) median algunos actos propios que podrían hacer presumir que el accidentado considera estabilizada la dolencia y tiene adecuado conocimiento de sus posibles causas.

Sin embargo, no habiéndose documentado terminantemente que las manifestaciones lesivas hubieran quedado fijadas o estabilizadas en fecha anterior al 29 de abril de 2022 -día de alta en Rehabilitación-, ni que el paciente fuera consciente antes del momento que invoca de la posible relación entre la lesión y la asistencia sanitaria recibida, debe operarse en el cómputo del plazo de un modo flexible, antiformalista y favorable a los perjudicados -de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado-, por lo que cabe concluir que la reclamación presentada el día 1 de diciembre de 2022 no es, en aplicación de un principio *pro actione*, extemporánea.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

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

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños surgidos durante el proceso asistencial seguido para el tratamiento del politraumatismo sufrido por el paciente a consecuencia de un accidente laboral.

Del examen del expediente resulta acreditado que, durante el ingreso hospitalario y tras la intervención quirúrgica llevada a cabo para tratar la fractura en un pie ocasionada por el citado accidente, el reclamante fue diagnosticado de paraplejia secundaria a lesión medular completa, por lo que cabe presumir que aquel le ha causado un daño cierto.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad

patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante y cuya efectividad ha sido acreditada 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.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos

supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El interesado afirma que la grave patología que sufre “podría derivar de una negligencia médica al suministrarle la anestesia para realizar la intervención quirúrgica de su pie derecho fracturado”, pero lo cierto es que -como hemos señalado en la consideración tercera- únicamente invoca como soporte de su razonamiento “fuentes científico médicas actuantes a instancias de la empresa donde se accidentó”, sin llegar a aportar (ni anunciar siquiera) informe técnico alguno. Al efecto, cabe reseñar que en la demanda que adjunta a su escrito -en la que figura como demandado- únicamente se alude a ciertos “informes médicos aportados al procedimiento penal” en los que “se constata que esa pérdida de sensibilidad y fuerza en los miembros inferiores podría derivar más bien de un problema de etiología común o de una posible negligencia médica al suministrarle la anestesia para la operación, pero en ningún caso (...) se puede achacar a la caída” directamente. Es decir, según la propia literalidad de la demanda, único documento en el que el reclamante parece apoyar su pretensión, ni siquiera tales desconocidos (por no aportados) informes médicos sostienen la existencia de una “negligencia médica” como causante de la paraplejia, sino que aluden a ella en idénticos términos de probabilidad que el perjudicado, mencionando al mismo tiempo otras posibles etiologías.

Frente a ello, los informes emitidos a instancia de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas (uno en Neurología y otro en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor) consideran de forma razonada la ausencia de infracción de *lex artis*, concluyendo, de forma coincidente, la ausencia de “evidencia, ni clínica ni científica” que relacione la lesión medular con la anestesia raquídea intradural aplicada. Al respecto, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en la indicación de la anestesia, “adecuadamente seleccionada como alternativa a la anestesia general en este caso” por las razones que se detallan, pero en particular resulta destacable tanto la distancia temporal entre la administración de la misma y la aparición de la sintomatología de paresia (treinta horas), como la física entre el

lugar de la punción y el nivel de la lesión. Sobre esta última cuestión, el incumplimiento del denominado “criterio anatómico” radica en que “entre el punto de punción L3-L4 y el nivel de la lesión T10-T12 hay 5-6 espacios vertebrales, lo que hace inviable la sospecha de un nexo de causalidad entre ambos eventos”, según consta en el informe pericial suscrito por la especialista en Neurología.

La explicación proporcionada por esta última se completa con otros datos médicos, pues la primera resonancia magnética, realizada de forma urgente, descartaba “colecciones hemorrágicas epidurales”, mostrando “tumefacción e hiperseñal del cono medular afectando al segmento T10-T12, centromedular a nivel de las vértebras T11 y T12 y afectando al cordón anterior en T10, con restricción de la difusión y ausencia de componente hemorrágico, compatible con infarto (medular) agudo”; evidencia incompatible con el eventual daño producido por una punción ya que esta se realiza “de posterior (espalda) a anterior”, sin que “se ocasione una lesión medular que afecte al cordón anterior y centromedular sin crear lesión alguna en los cordones posteriores y sin hemorragia por la supuesta punción”.

Al respecto, el informe pericial emitido por la especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor defiende a su vez la corrección de la técnica anestésica empleada, sin indicio alguno de error y siguiendo los protocolos de actuación de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación, y expresa que el diagnóstico radiológico “descarta por sí mismo la posibilidad de una etiología traumática por punción; ya que ésta se realiza por vía posterior e, invariablemente, cursaría con sangrado a nivel medular”. Ello al margen de que -según expone- una eventual complicación relacionada con la inserción de la aguja o catéter “cursaría obligatoriamente con sintomatología en el momento de la punción por lesión directa de la raíz”, viéndose afectados “los músculos paravertebrales a esa altura”, lo que no sucedió en este caso, en el que, como expone el informe del Jefe de la Sección de Anestesiología del Hospital ‘X’, el paciente se encontraba consciente durante la intervención. De igual forma, explica que tampoco concurrieron complicaciones relacionadas con reacciones excesivas a un

fármaco administrado de manera apropiada (ejemplificadas en “bloqueo neural alto” y “retención urinaria”) o con “efectos tóxicos de fármacos” (“efectos tóxicos sistémicos” o “síntomas neurológicos transitorios”).

Sentado lo anterior, resulta necesario discernir adecuadamente que la dificultad en determinar la etiología del infarto medular -o, en otras palabras, la amplitud del diagnóstico diferencial no permite su atribución a un hecho médico aislado (en este caso, la administración de la anestesia), habida cuenta que la evidencia científica y consideraciones médicas aplicables al caso sí son taxativas al descartar la vinculación entre ambos hechos. Ello no impide la exposición razonada de las posibles causas de un infarto medular (producido “cuando se obstruyen las arterias que suministran sangre a la médula espinal”), entre las que se encuentra la “acumulación de placa de ateroma en las arterias” con reducción del flujo de sangre (más frecuente en pacientes con factores de riesgo aterotrombótico, algunos de los cuales presentaba el reclamante); de hecho, la especialista en Neurología considera como causa más probable la “isquémica, aterotrombótica y/o embólica”, precisamente por la concurrencia de determinados factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión arterial y sobrepeso), convicción que apoya en la existencia de “pequeños focos interintensos en sustancia blanca compatibles con restos isquémicos crónicos” a nivel cerebral, según muestra la resonancia. Singularmente, dicha especialista se refiere a la “amplia bibliografía” respecto “del estado de hipercoagulabilidad que tiene lugar en el caso del paciente traumático” -citada y aportada también por el Servicio de Anestesiología responsable-, y que en el caso del afectado evidencia el padecimiento durante su ingreso de un tromboembolismo pulmonar lobar -según explicita, en ese estado incidiría, además del traumatismo, el reposo necesario tras el accidente-. Ello, sin perjuicio de una posible concurrencia de “mecanismos secundarios de lesión, de presentación más tardía” a las fracturas inmediatas tras la caída (costales, además de la del pie intervenido en este caso) y “derivados de un estado proinflamatorio, que medien cambios en un estadio más subagudo de días o semanas, como la disfunción vascular y la hipoperfusión tisular, el estrés oxidativo, la

excitotoxicidad, la desmielinización y la inflamación, y que conduzcan a la muerte celular y al compromiso de los tejidos y órganos”.

Si bien en el presente caso no existe pericial de parte, radicando la única referencia a la posible relación causal invocada en el informe de alta emitido por el médico rehabilitador de un hospital especializado de Castilla La Mancha, según citamos en la consideración tercera, debemos recordar que, tal como hemos señalado en ocasiones precedentes (por todas, Dictamen Núm. 216/2021), a propósito de la confrontación de las pruebas periciales “la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes pues, `naturalmente, en la ponderación no es suficiente la mera constatación del criterio cuantitativo´, debiendo acudirse a `un criterio valorativo´ que conduce a postergar la pericial que omite el análisis `de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación´ del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª)”. Y es que, tal y como expresa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 14 de octubre de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2870- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), ante informes periciales “discrepantes, la especialidad y experiencia del perito en este tipo de patologías, la extensión y claridad expositiva, las referencias científicas y bibliográficas, y de forma relevante la coherencia con otros elementos probatorios que aparecen en la historia clínica” del paciente resultan elementos de juicio necesarios para alcanzar convicción, destacando el pronunciamiento el “propio contenido de las pruebas objetivas de la historia clínica” y la mayor o menor “consistencia científica” en las apreciaciones, con la singularidad aquí -ha de reiterarse- de que no existe pericial para confrontar. Razonamiento que, aplicado al supuesto que nos ocupa, determina la atención no sólo respecto a las consideraciones médicas del Servicio de Anestesiología, coincidentes con las dos periciales obrantes en el expediente, sino también a las anotaciones del curso clínico que corroboran de

forma reiterada los datos y conclusiones vertidos en aquellos informes, observándose una referencia reiterada a la “etiología (...) isquémica”, como figura en la historia clínica del Hospital “Y” -informes de alta del Servicio de Rehabilitación de 19 de noviembre de 2020 y de 28 de junio de 2021 (folios 417 y 5057 de la historia Millennium)-. En el mismo sentido se refleja el informe de alta emitido por el centro especializado de Castilla La Mancha en el que el paciente siguió tratamiento rehabilitador, al señalar en el apartado relativo a seguimiento por M. Interna “SLM T10 Asia A de etiología isquémica 30-10-2020, tras (intervención) de fractura de pie D. con anestesia raquídea”.

En resumen, el detalle en la explicación proporcionada, su precisión y consistencia, así como su coherencia con los datos obrantes en la historia clínica, llevan a compartir las conclusiones de los informes periciales emitidos por los especialistas de la compañía aseguradora, que afirman la ausencia de relación entre la anestesia epidural administrada al paciente y el infarto medular que sufrió durante su ingreso hospitalario, sin que ni siquiera se contemple una complicación de dicha anestesia como diagnóstico diferencial o posible causa del infarto medular. Ello sin perjuicio de que el informe del Equipo de Valoración del Instituto Nacional de la Seguridad Social sí relacione el cuadro residual con el accidente laboral sufrido, con las consecuencias que presenta en ese orden a efectos declarativos de la correspondiente situación administrativa.

En definitiva, la imputación que realiza el reclamante encuentra su único sustento en la ya citada referencia a unos “informes médicos” no aportados, determinando una insuficiencia probatoria carente de fuerza para enervar unos informes periciales que cumplen las cualidades de “firmeza y estabilidad de lo razonado” y de “racionalidad de los argumentos” que los apoyan”, ponderadas en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 14 de diciembre de 2023 -ECLI:ES:TSJAS:2023:2999- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), a los que se suma el contenido del informe del Servicio afectado, pues las apreciaciones fundadas y conjuntas de todos ellos encuentran tanto la necesaria concordancia con los datos obrantes en la historia clínica, como la pertinente fundamentación científica en la bibliografía y estudios que se citan.

Del análisis del expediente en su conjunto no se deduce que la asistencia dispensada haya sido deficiente, ni se aísla ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico. En consecuencia, debemos concluir con la propuesta de resolución la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada y su desvinculación de la grave patología surgida durante el ingreso hospitalario.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.