



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 27 de marzo de 2003, D.^a M. C. M. G. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud (SMS) por los daños que aduce sufridos por la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Comarcal Noroeste (en lo sucesivo, HCN). Fundamenta su solicitud en los siguientes hechos:

- El día 14 de diciembre de 2000, fue sometida a una cesárea, bajo anestesia raquídea, como consecuencia de la cual, y debido a una incorrecta aplicación imputable al anestesista, se le produjo una parestesia-disestesia en zona posterior de muslo-pierna-pie derechos.
- Desde la citada fecha ha sido tratada por diversos profesionales de la medicina sin que su estado haya mejorado; es más, ha ido empeorando día a día, estando de baja laboral hasta agotar el plazo para permanecer en dicha situación.
- En el momento de presentar la reclamación la interesada está pendiente de que le sea comunicada la resolución que ha de recaer sobre el expediente que ha iniciado para que se la declare en situación de invalidez permanente, ya que las lesiones que padece han sido calificadas por varios médicos como crónicas.
- Debido a la envergadura de las lesiones sufridas la reclamante sufrió una depresión de la que, aún en la actualidad, sigue en tratamiento en el Centro de Salud Mental de Caravaca. Por todo lo expuesto, considera la interesada que el perjuicio dimanante de la mala praxis del servicio público sanitario, consistente en una incorrecta aplicación de la anestesia raquídea, le ha originado unos daños para cuya valoración solicita se instruya el correspondiente expediente.

Acompaña su reclamación con los siguientes documentos:

1. Parte de consulta y hospitalización, fechado el día 19 de diciembre de 2000, del anestesista Dr. L. R. al médico de cabecera de la reclamante, en el que se señala que la paciente, M. C. M. G., "sometida a cesárea 14.XII.2000 bajo anestesia raquídea, sufre (por pinchazo accidental... posterior medular derecho) síndrome parestésico de mediana intensidad".
2. Parte médica de alta de incapacidad temporal por contingencias comunes fechado el día 4 de octubre de 2002.
3. Informes de consultas externas del Servicio de Neurología del HCN, acreditativos de haber sido atendida de ciatalgia crónica.
4. Analíticas correspondientes al período que estuvo hospitalizada como consecuencia de la cesárea.
5. Resumen de la historia clínica y exploraciones del Servicio de Ginecología del HCN, en la que se indica que la paciente "*Ingresó en período activo de parto. Cesárea por no progresión de parto. Nace un varón Vivo 0+. En el postoperatorio presenta parestesias en pierna derecha tras anestesia epidural, que evolucionan favorablemente con tratamiento*".
6. Varios informes de consultas externas del Servicio de Rehabilitación y resumen de historia clínica, en el que se indica que la paciente acude a Rehabilitación el 5 de marzo de 2001, remitida por el Servicio de Anestesia por cuadro de parestesia-disestesia en zona posterior de muslo-pierna-pie derecho desde el 14 de diciembre de 2000, en que fue sometida a

raquianestesia por parto mediante cesárea. Tras señalar los sucesivos controles y tratamientos seguidos, concluye afirmando que "Actualmente (no señala fecha, pero, en todo caso, ésta ha de ser posterior al 13 de febrero de 2002, en la que se le practica la último RMN lumbar) síntomas de disestesias persistentes en M.I. Derecho de tipo neuropático en fase crónica. Secuelas de radiculopatía L5-S1 derecha muy leve".

7. Informes radiológicos de rodilla derecha, en el que se indica "*Examen sin hallazgos significativos*", y de columna lumbar, en el que se concluye con el siguiente juicio diagnóstico: "*Possible alteración de la transición lumbo-sacra y mínima protrusión discal focal medial L4-L5 sin compromiso neural*".

8. Informe clínico del Centro de Salud Mental de Caravaca, en el que el Dr. F. B. indica que, tras la exploración psicopatológica de la paciente, ésta es diagnosticada de "*Trastorno Adaptativo. Reacción depresiva prolongada, actuando como factor estresante por la referencia que aporta complicaciones médicas en el parto hace 2 años y que se mantienen en la actualidad siendo previsible una tendencia a la cronicidad si persiste la patología médica asociada*".

SEGUNDO.- Con fecha 8 de agosto de 2003 se dictó Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, admitiendo a trámite la reclamación, lo que se notificó a las partes interesadas (reclamante y aseguradora del SMS).

Seguidamente la instructora dirige escrito al Director Gerente del HCN, al que adjunta copia de la reclamación y solicita el envío de la siguiente documentación:

- Copia compulsada y foliada de la historia clínica de la interesada.
- Informes de los profesionales que asistieron a dicha paciente, relativos a los hechos descritos en la reclamación.

TERCERO.- El anterior requerimiento fue cumplimentado con fecha 23 de octubre de 2003, remitiendo el HCN informe del Dr. L. R. e Historia clínica de la reclamante.

En su informe el anestesista pone de manifiesto lo siguiente:

"*1º. A las 20 H. 45' del día 13-12 de 2000, siendo requerido por la Matrona de turno, como es preceptivo, y previa firma de consentimiento informado por parte de la paciente, que había asistido a la consulta de Analgesia/Anestesia al parto, procedo a la colocación de un catéter epidural a la citada paciente sin ningún tipo de problema tal como refleja la hoja de Epidurales, pues tanto en la introducción del trocar como en la colocación del catéter todo transcurrió con normalidad. La paciente permaneció con analgesia y confortablemente, hasta el momento en que el Tocólogo decide hacer Cesárea por no progresión del parto, pasando inmediatamente a quirófano y siendo 6 horas y 15 minutos del día 14-12-2000.*

Dada la indicación de Cesárea y como la analgesia epidural no es suficiente para la realización de la citada intervención, ya que necesita un "bolo de carga" y una espera 12 a 15 minutos, se le ofrece a la paciente, como método más rápido dada la urgencia de la indicación quirúrgica la aplicación de "anestesia raquídea" que es efectiva a los 5 minutos, procediendo a la aplicación de dicha técnica.

2º. A las 6h.30' del día 14-12 de 2000 se realiza la citada Raquianestesia con aguja del Nº 26 tipo witraque sin ningún tipo de inconveniente ni complicación como se refleja en la hoja de quirófano. A la 6h.35' se extrae por cesárea un niño varón con Apgar 9', transcurriendo el resto de la intervención sin incidencias.

Terminada la intervención la paciente pasó a la unidad de reanimación siendo las 7h 30' aproximadamente donde permaneció bajo la vigilancia de la enfermera de la unidad y mía hasta las 9h 30' en que es dada de alta a planta con constantes vitales normales y buen estado general.

3º. Durante los actos anestésicos, el tiempo en quirófano y el tiempo en la unidad de

reanimación no se registra ninguna anomalía ni se tiene constancia alguna de queja o molestia por parte de la paciente".

De los documentos incorporados a la Historia Clínica cabe destacar, a los efectos que nos ocupan, los siguientes:

1. Informe del Servicio de Rehabilitación del HCN en el que se señala que la paciente fue remitida a rehabilitación el 5 de marzo de 2001, por el Servicio de Anestesia por presentar un cuadro de parestesia-disestesia en zona posterior de muslo-pierna-pie derecho, desde el día 14 de febrero de 2000, fecha en la que fue sometida a raquianestesia para parto por cesárea. Tras realizarle las pruebas diagnósticas oportunas y prescribirle tratamiento fisioterápico y farmacológico, se concluye que con fecha 7 de marzo de 2002 se realiza informe de secuelas indicando como tales una radioculopatía L5-S1 derecha de grado muy leve, en fase crónica. El 18 de septiembre de 2002 la paciente fue tratada en dicho Servicio de ginalgia derecha y parestesias en ambas manos, sobre todo en la izquierda, señalando que los hallazgos son congruentes con una neuropatía focal del nervio mediano derecho en el carpo de grado leve (folio 57).
2. Consentimiento informado suscrito por la interesada para la práctica de anestesia epidural (folio 60); cesárea (folio 78) y anestesia general (folio 80).
3. Hoja de evolución en la que aparece, en las anotaciones del día 17 de diciembre de 2000, que la paciente tiene dolor en pierna derecha tras la epidural (folio 67).
4. Hoja de enfermería donde se recoge en las anotaciones correspondientes al día 17 de diciembre que "*G.G. va a hablar con anestesista para comentarle cefaleas + dolor MID*", y en las del día 19 de diciembre que la paciente está pendiente de que la vea el anestesista (folio 124).
5. Informe de alta de fecha 19 de diciembre de 2000 (por error se indica el año 2001), en el que se señala que la paciente "*en el postoperatorio presenta parestesias en pierna derecha tras anestesia epidural, que evolucionan favorablemente con tratamiento*" (folio 135).
6. Hoja de interconsulta de atención primaria a atención especializada, para neurología, fechada el día 8 de marzo de 2002, en la que se informa lo siguiente: "*paciente que tras anestesia epidural para el parto presenta una lumbociática derecha (postanestésica)*" (folio 136).
7. Hoja de consulta del Servicio de Anestesia al de Rehabilitación fechado el 5 de marzo de 2001, en el que se indica: "*paciente que el 14-XII-2000 fue sometida a raquianestesia para cesárea, presenta neuropatía L5-S1, con parestesias, dolor, molestias en el talón*" (folio 147).
8. Informe de Rehabilitación de 4 de julio de 2002 en el que señala que la interesada padece una ciatalgia "*provocada por anestesia epidural*" (folio 158).
9. Estudio neurofisiológico realizado el día 22 de noviembre de 2001, en el que se concluye que la paciente presenta "*signos de afectación crónica en miotomas dependientes de L5-S1, en fase crónica con leve mejoría respecto al anterior control*" (folio 168).
10. Estudio neurofisiológico realizado el día 12 de abril de 2001, en el que consta que la paciente presenta signos de radioculopatía muy leve L-5 y S-1 en fase crónica, signos incipientes de reinervación y buen pronóstico a corto-mediano plazo.
11. Informe del Dr. D. M. A. D., neurólogo del citado HCN, en el que, tras describir la asistencia prestada a la interesada en la consulta externa de Neurología donde fue remitida por su médico de cabecera en abril de 2002, por presentar un cuadro de ciatalgia derecha, después de realizarle raquianestesia en una cesárea, y una vez evaluados los EMG (electromiogramas) realizados en el servicio de rehabilitación, se procedió a darla de alta con el siguiente diagnóstico: radiculopatía sacra cronificada, con manifestaciones sensitivas aisladas tipo parestesia-disestesia, sin evidencia en la exploración de alteración motriz (folio 56).

CUARTO.- A requerimiento de la instructora, el 21 de enero de 2004 emite informe el Inspector Médico en el que, tras resumir la reclamación, las actuaciones practicadas, los informes de los médicos intervenientes y la historia clínica de la paciente, concluye afirmando: "Creo que las parestesias que presenta Dña. M. C. M. J., en su miembro inferior derecho, son consecuencia de la atención sanitaria que se le facilitó durante su parto el día 14/12/00, mediante la aplicación de anestesia raquídea para la realización de una cesárea, al no producirse la progresión normal de la dinámica de parto, y tener que proceder a la extracción del feto con urgencia".

QUINTO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes interesadas, reclamante y compañía aseguradora, la primera formula alegaciones el día el día 18 de febrero de 2004, a través de letrado designado en su momento, ratificando su pretensión inicial y señalando lo siguiente:

1. Que la cuantía indemnizatoria se fijará en breve, una vez obre en su poder un informe pericial que ha solicitado y que incorporará, en su momento, al expediente.
2. Que la reclamante se vio privada de conocer los daños de la anestesia que se le iba a aplicar, al omitir el consentimiento informado.
3. Que la Dirección Provincial en Murcia del Instituto Nacional de la Seguridad Social ha dictado resolución de 23 de junio de 2003, por la que se resuelve denegar la declaración de incapacidad permanente que se había solicitado. Acompaña dicha resolución e indica haberla impugnado ante la jurisdicción social.

Por su parte la compañía aseguradora remite informe del Dr. T. G. S., especialista en Anestesiología y Reanimación, en el que, tras analizar las actuaciones efectuadas por los servicios médicos del HCN, y señalar que la anestesia epidural y/o raquídea tienen, como todo procedimiento médico anestésico, unos riesgos que no por escasos, dejan de ser significativos, entre los que se encuentra el síndrome parestésico/disestésico, sin que parezca posible que éste haya sido causado por la punción de aguja de raíces nerviosas, porque de haber sido así habría sufrido dolor y parestesias en el mismo momento de la punción, concluye que el cuadro clínico que presenta la reclamante es una complicación "*descrita en este tipo de procedimiento anestésico que figura habitualmente en el consentimiento informado que se presenta a los pacientes*", sin que quepa apreciar "*falta alguna o dejación de cuidados profesionales, hallándose documentados escrupulosamente cuantos procedimientos y técnicas fueron realizados a la paciente, habiéndose conducido según los principios de la "lex artis ad hoc" en todo momento y no encontrando por tanto indicio alguno de mala praxis*".

SEXTO.- El 3 de mayo de 2004 se procede a notificar a la interesada la apertura de un nuevo trámite de audiencia, compareciendo mediante escrito fechado el día 19 de mayo de 2004, en el que, tras ratificarse de nuevo en sus pretensiones, indica, en síntesis, lo siguiente:

1. Que la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, en sentencia de 23 de febrero de 2004, ha estimado parcialmente el recurso de suplicación interpuesto frente a la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 6, declarando que la reclamante se encuentra en situación de invalidez permanente parcial para su profesión habitual. Adjunta copia de la sentencia.
2. Que cifra la cuantía de la indemnización que solicita en 103.955,45 euros, por los daños y perjuicios sufridos, tanto físicos como morales, como consecuencia de la incorrecta aplicación de la anestesia raquídea. Dicho importe dice haberlo calculado aplicando, por analogía, el baremo dictado por la Dirección General de Seguros y aplicable a los accidentes de tráfico, según el siguiente desglose:

-883 días de incapacidad a razón de 45,81 euros/día, 40.450,23 euros.

-Secuelas, 32 puntos a razón de 1.220,46 euros/punto, 39.054,72 euros.

-Factor de corrección:

.Invalidez Permanente Parcial: 15.000 euros.

.10% por perjuicio económico trabajo personal: 9.450,50 euros.

Acompaña informe médico del Dr. D. J. A. L. G., especialista en Valoración del Daño Corporal, en el que manifiesta que la paciente sufrió un accidente casual, pinchazo accidental en cordón medular posterior derecho en diciembre de 2000 en el curso de una raquianestesia. Tras el examen de la reclamante y de las pruebas complementarias que aporta, señala lo siguiente:

"RNM Lumbar: Posible alteración de la transición.

Mínima protusión discal focal medial L4 - L5 sin compromiso neural.

Electromiografía M.I. derecho: Una radiculopatía a nivel L5 derecho de grado leve y evolución crónica que en la actualidad presenta signos de agudización. Una radiculopatía a nivel S1 derecho de grado moderado y evolución crónica que en la actualidad presenta signos de agudización. Una lesión asociada a nivel de lado derecho del cono medular, de grado leve y evolución crónica que en la actualidad presenta signos de agudización en los miotomas dependientes de dicha estructura.

Informe psiquiátrico 05/02/03: presenta cuadro con crisis de ansiedad, alteraciones del sueño y alteraciones del apetito, actuando como factor mantenedor sus problemas radiculares y los sentimientos de incapacidad y minusvalía que estos provocan.

Informe del anestesista de la seguridad social: donde se reconoce el síndrome parestésico de miembros inferiores.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia (Sala de lo Social). Se reconocen las lesiones radiculares y la invalidez.

EXPLORACIÓN: Movilidad M.I. derecho: limitación movilidad importante Lassegue + 50º.

Parestesia M. Inferior con ROTs y sensitivos disminuidos y perdida fuerza del miembro, por afectación cono medular pudiendo afectar a esfínter y relaciones sexuales. Movilidad lumbar: limitación flexión. Presenta Gonartralgia derecha, ciatalgia derecha con calambres, inestabilidad y parestesia.

Ha sido dada de alta por estabilización de proceso el 23/06/03 por la Seguridad Social.

Ha tardado en curar 883 días, todos impeditivos por baja laboral.

SECUELAS:

-Síndrome cola caballo incompleto a nivel bajo L5-S1. Radiculopatía L5, radiculopatía S1 (incluye trastornos motores y sensitivos). Valoración (25-35) Valoración: 25 puntos.

-Síndrome ansioso depresivo. Valoración (5-10). Valoración: 7 puntos.

-Invalidez parcial."

SÉPTIMO.- El órgano instructor del Servicio Murciano de Salud considera que se informó suficientemente y por escrito a la reclamante de las posibles complicaciones que podían acontecer en el procedimiento anestésico (folio 61), sin que haya quedado acreditada infracción de la *lex artis*, por lo tanto propone desestimar la reclamación al no concurrir los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial,

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 9 de agosto de 2003.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real

Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

La reclamación fue interpuesta por la propia paciente, es decir por quien sufrió el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En cuanto a la legitimación pasiva, tampoco suscita duda que la actuación a la que la reclamante imputa el daño que dice haber sufrido acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

Desde el punto de vista temporal, la reclamación de 27 de marzo de 2003 fue presentada antes de transcurrir el plazo de prescripción de un año establecido por el artículo 142.5 LPAC, ya que la intervención de la que se hace derivar la responsabilidad tuvo lugar el 14 de diciembre de 2000, pero las secuelas de ella derivadas aún no estaban fijadas en la fecha en que se dedujo la pretensión indemnizatoria ante la Administración.

El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

El artículo 106.2 de la Constitución Española reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos, cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. Esta regulación constitucional resulta completada por el artículo 139.2 y 141 LPAC, para configurar así un régimen objetivo de responsabilidad patrimonial, de modo que cualquier consecuencia dañosa en los bienes y derechos de los particulares derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos debe ser indemnizada, siempre y cuando se den los siguientes requisitos:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Por otro lado, en lo que se refiere a reclamaciones patrimoniales en materia sanitaria, el Consejo de Estado ha afirmado en numerosas ocasiones (por todos, Dictamen núm. 961/2001), que el hecho de que la responsabilidad patrimonial de la Administración sea objetiva no implica que, en todo caso, deba responder de todos los daños que se produzcan en los centros sanitarios públicos, sino únicamente de aquellos que se hayan producido como consecuencia de una vulneración de la *lex artis*. Otra interpretación -afirma dicho Órgano Consultivo- supondría desnaturalizar el instituto de la responsabilidad patrimonial, concibiéndola como un seguro a todo riesgo, lo que resulta más desaconsejable, si cabe, en un sector de la acción administrativa como el sanitario, ya que la medicina no es una ciencia exacta que asegure un resultado concreto, sino que únicamente puede exigirse la prestación de una adecuada asistencia sanitaria, de acuerdo con el nivel científico y técnico existente en ese momento.

A su vez la doctrina jurisprudencial ha venido declarando la necesidad de fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad de la administración sanitaria a la que se imputa el daño; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en los que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa y aquellos otros casos en los que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la

imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos, y ello porque, como ha manifestado el Tribunal Supremo (sentencias de 19 de febrero de 1998 y 24 de mayo de 1999, entre otras muchas), la obligación de los profesionales sanitarios es de medios y no de resultados, de forma que los pacientes tienen efectivamente derecho a que se les preste una atención sanitaria adecuada en función de los conocimientos científicos de cada momento de acuerdo con la denominada *lex artis*, definida por dicho Tribunal, en su sentencia de 18 de octubre de 2001, como la técnica, el procedimiento o el saber propio de una profesión. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos.

CUARTA.- Examen de la concreta actuación sanitaria que se denuncia.

Entrando en los aspectos sustantivos del supuesto examinado, debe partirse del hecho de la existencia de un daño efectivo, individualizado y evaluable económicamente, de conformidad con lo exigido por los artículos 139.2 y 141.1 LPAC.

El principal problema que suscita el expediente se refiere a la existencia de nexo causal entre la actividad de la Administración y el daño alegado, y a la concurrencia de antijuridicidad del daño, es decir, que no exista, conforme a la Ley, un deber jurídico de soportarlo, y ello con independencia de que la actuación del servicio público pudiera ser tachada o no de correcta, ya que no es este aspecto el que determina la antijuridicidad del daño, sino el hecho de suponer una carga singularizada ajena a las genéricas que, en relación con cada servicio, recaen sobre el conjunto de los ciudadanos, de acuerdo con las normas que lo rigen. Extremos (nexo causal y antijuridicidad) que corresponde acreditar a la interesada, de acuerdo con la regla de distribución de la carga de prueba contenida en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Más específicamente, en relación con el régimen de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, debe recordarse el deber que en este sentido impone el artículo 6.1 RRP, sin perjuicio de que la Administración debe colaborar con todos los medios a su alcance para el esclarecimiento de los hechos denunciados.

La asistencia sanitaria a la que atribuye el daño la reclamante viene constituida por la práctica de una raquianestesia que permitiera la práctica de una cesárea que resultaba precisa por no progresión del parto. Pues bien, de las actuaciones que figuran incorporadas al expediente cabe afirmar la existencia de relación causal entre anestesia y lesión. En efecto, es evidente que antes de la cesárea la paciente tenía sana su pierna derecha, de lo que, con arreglo a las reglas de la sana crítica, cabe llegar a la conclusión de que la paciente no sufriría hoy los daños que alega si el 14 de diciembre de 2000 no se hubiese sometido a una anestesia raquídea. A mayor abundamiento, se constata que los dolores y parestesias se producen ya en el postoperatorio (ver partes de enfermería y de evolución obrantes a los folios 67 y 124), y que al ser dada de alta (cinco días después de la intervención), se señala que la paciente presenta parestesia en pierna derecha tras anestesia epidural. Pero es el parte de consulta y hospitalización firmado por el anestesista enviando a la interesada a su médico de cabecera, el documento que más luz arroja sobre la existencia de dicho nexo causal. En efecto, en este parte (folio 5) se admite haber practicado a la paciente una raquianestesia tras lo cual sufre "*por pinchazo accidental*" una parestesia. Certidumbre que el Consejo estima no se ve desvirtuada por el hecho de que ese mismo anestesista, cuando se le requiere para que informe en el expediente de responsabilidad patrimonial, señale en un informe elaborado *ad hoc* que la raquianestesia se desarrolló sin ningún tipo de complicación.

A esta misma conclusión llega la Inspección Médica que, tras analizar la historia clínica de la reclamante y los informes médicos contenidos en el expediente, entre los que se encuentran el parte de consulta y hospitalización y el informe del Dr. L. R., concluye que, a su juicio, la parestesia que presenta la interesada es consecuencia de la atención sanitaria que se le

facilitó durante la cesárea que se le practicó el día 14 de diciembre de 2000, mediante la aplicación de anestesia raquídea (folio 184).

Con todo ello, puede afirmarse la existencia de indicios racionales de que el daño se debió a una deficiente práctica de la anestesia que dio lugar a un "pinchazo accidental". Establecido así por el mecanismo de la prueba por presunciones el hecho constitutivo de la responsabilidad, es la Administración la que tiene como carga probatoria la de suministrar la oportuna contraprueba del hecho exoneratorio, indicando y probando cuál pudo ser el nexo causal directo de las lesiones; sin embargo, nada de esto se hace; es más, el conjunto de la prueba aportado por la Administración (informes médicos e historia clínica) incide sobre un hecho que no aparece controvertido: la causa de la parestesia fue la raquianestesia.

Aunque las consideraciones anteriores determinan ya una inevitable relación de causalidad entre la práctica médica seguida y el resultado lesivo sufrido, sobre la base de la producción de un accidental pinchazo, hay que analizar también la manifestación vertida por la recurrente en su escrito de alegaciones, fechado el día 18 de febrero de 2004, sobre una posible infracción de las previsiones legales establecidas en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (vigente en el momento de ocurrir los hechos, y actualmente recogidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre), que obligan a la Administración sanitaria a facilitar una información completa sobre el proceso asistencial sanitario, así como a recabar el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención. En efecto, en el expediente figura el consentimiento informado de la paciente para someterse a una cesárea y para ser sometida a proceso anestésico epidural y general, pero, sin embargo, no aparece dicho consentimiento para la raquianestesia que, si bien es un proceso anestésico espinal igual que el epidural, se diferencian por el punto de administración del agente anestésico, distal a la duramadre en ésta y proximal a la misma en la raquídea (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Editorial Masson, S.A.). Esta distinta entidad, que parece obviar la propuesta de resolución al afirmar la existencia de consentimiento informado para la raquianestesia remitiéndose al que se refiere a la anestesia epidural, es, sin embargo, admitida por el propio anestesista en su informe, al indicar que, siendo insuficiente esta última, hubo que recurrir a la raquídea cuya posibilidad, dice, fue ofrecida a la paciente, circunstancia que puede ser cierta pero que no ha quedado documentalmente probada. No obstante, dicha omisión puede quedar justificada por razón de la urgencia con que hubo de abordarse la cesárea (apartado 6, c) del citado artículo 10).

Por otro lado, aunque dicho consentimiento informado se hubiese formalizado y la parestesia que la paciente sufre fuese, como indica el perito de la compañía aseguradora, una complicación "*descrita en este tipo de procedimiento anestésico que figura habitualmente en el consentimiento informado que se presenta a los pacientes*", tendríamos que concluir, como hace el Tribunal Supremo en Sentencia núm. 535/2001, de 4 de junio, que "el mero índice estadístico de complicaciones derivadas de una raquianestesia no permite concluir que cualquier lesión o parálisis subsiguiente a la aplicación de esa técnica sea jurídicamente exonerable por encontrarse dentro del porcentaje racional de riesgo, ya que la estadística no discrimina la proporción que, dentro de ese porcentaje, es en realidad imputable a una deficiente aplicación de la técnica".

QUINTA.- Determinación del alcance de los daños y cuantificación de la indemnización.

Fijada en los términos que se señalan en la anterior Consideración la concurrencia de los requisitos exigidos para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración, es necesario pronunciarse sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, por disponerlo así el artículo 12.2 RRP.

Para proceder a la evaluación del daño se puede aplicar analógicamente los criterios de valoración establecidos en la Disposición Adicional Octava de la Ley 30/1995, de 8 de

noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por la que se modifica la Ley de Uso y Circulación de Vehículos de Motor, obteniendo el siguiente resultado:

1. Días de incapacidad temporal.

El día inicial para el cómputo del período de incapacidad es el día 19 de diciembre de 2000, es decir, el de la fecha de alta hospitalaria tras la cesárea, ya que los cinco días que estuvo ingresada se corresponden con el tiempo que precisó para recuperarse de la operación quirúrgica a la que había sido sometida. Mayor dificultad existe para determinar el *dies ad quem*, ya que, de un lado, no consta en el expediente el parte de alta médica que, necesariamente, hubo de ser emitido en su día por la sanidad pública, que venía tratando a la reclamante de sus dolencias, en cuyo parte de alta debían quedar fijadas las secuelas. De otro, tampoco obra la solicitud que dio lugar a la incoación del expediente administrativo por parte del INSS, a fin de que fueran valoradas las secuelas y se determinara el grado invalidante que la Sr.^a M. J. reclamaba, pues a aquélla hubo de acompañarse toda la documentación médica que debía ser examinada por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) para valorar las secuelas, cuyo dictamen propuesta (folio 202) se produce el 19 de junio de 2003, en el que determinó la no calificación de la trabajadora como incapacitada permanente; sin embargo, en dicho dictamen se hace constar como fecha de la baja médica por incapacidad temporal la del 5 de abril de 2001, coincidente con la que figura en el documento (folio 6) aportado por la propia reclamante con su escrito inicial, del que resulta indubitado, y así lo reconoce expresamente la Sr.^a M. J., que el indicado expediente se incoó por haber transcurrido el plazo máximo que para la incapacidad temporal viene determinado en la Ley General de la Seguridad Social.

La Sr.^a M. J. fija los días de incapacidad en 883, amparándose, para ello, en el informe emitido por facultativo médico privado que aporta (folios 218 a 220), en el que así se indica, si bien hemos de señalar que en él no se detalla de dónde resulta tal número de días, existiendo, además, una evidente contradicción entre tal resultado (883) y el número total de días que se obtendría de computar los transcurridos entre el 14 de diciembre de 2000 (fecha que en el indicado informe se señala como el de la baja, en manifiesta contradicción con el ya referido parte de alta aportado con la reclamación inicial) y el 23 de junio de 2003, que refiere como día del alta dada por la Seguridad Social; alta que viene dada, por imperativo legal, a virtud de la resolución dictada por el INSS, folio 201, el referido día 23 de junio de 2003, en que acepta el dictamen del EVI.

A tenor de tales datos, únicos que constan en el expediente, cabría plantearse dos alternativas: a) partir de la fecha que, como indubitable, consta en el expediente como la de la baja médica por las dolencias objeto de la reclamación patrimonial que nos ocupa, es decir, la del 5 de abril de 2001, hasta la fecha del dictamen propuesta del EVI, 19 de junio de 2003, lo que arrojaría un total de 806 días, todos ellos de carácter impeditivo, considerando como no impeditivos los transcurridos (107 días) entre el 19 de diciembre de 2000 al 4 de abril de 2001; o b) aceptar los fijados por la propia reclamante, es decir, 883, todos ellos de carácter impeditivo para el desarrollo de su ocupación o actividad habitual, inclinándose este Consejo por esta segunda postura, al ser, precisamente, los determinados por la propia reclamante, y no discutidos por la Administración.

2. Secuelas.

a) Según el Equipo de Valoración de Incapacidades la reclamante sufriría una lesión del lado derecho del cono medular grado leve crónico y signos de agudización. La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia declara a la interesada en situación de Invalidez Permanente Parcial, con base en la existencia de las siguientes secuelas: "Radiculopatía a nivel L5 derecho de grado leve y evolución crónica con signos de agudización. Radiculopatía a nivel S1 derecho

de grado moderado y evolución crónica que en la actualidad presenta signos de agudización. Lesión asociada a nivel lado derecho del cono medular de grado leve y evolución crónica que en la actualidad presenta signos de agudización en los miotomas dependientes de dicha estructura". A su vez el informe pericial aportado por la Sra. M. en su escrito de alegaciones, indica que padece un "síndrome cola caballo incompleto a nivel bajo L5-S1. Radiculopatía L5, radiculopatía S1 (incluye trastornos motores y sensitivos)".

Aplicando el contenido del Capítulo 6 de la Tabla VI, podríamos encajar la secuela en la categoría de monoparesia de un miembro inferior en grado leve (10-15 puntos), con una valoración de 15 puntos.

b) Presenta asimismo un cuadro depresivo asociado a la patología médica que padece, que, según el Servicio de Psiquiatría del HCN, es previsible una tendencia a la cronicidad si persisten dichos trastornos médicos.

Aplicando el contenido del Capítulo 1 de la Tabla VI, esta secuela podría encajar la categoría de síndrome depresivo postraumático (5-10 puntos), con una valoración de 5 puntos. *"Trastorno Adaptativo. Reacción depresiva prolongada, actuando como factor estresante por la referencia que aporta complicaciones médicas en el parto hace 2 años y que mantienen en la actualidad...siendo previsible una tendencia a la cronicidad si persiste la patología médica asociada"*.

Respecto a la valoración de los daños sufridos, este Consejo Jurídico, atendiendo a la consolidada doctrina jurisprudencial existente al respecto, y como anteriormente se ha dicho, considera razonable acudir, como criterio orientativo, a lo establecido en la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (vigente en el momento que se ha de tomar como referencia para la valoración) y del baremo actualizado de las indemnizaciones (incluidos los daños morales) para el año 2000, ya que, tal como prescribe el artículo 141.3 LPAC, la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por Instituto Nacional de Estadística.

Conforme a dicho baremo, ha de calcularse el *quantum* indemnizatorio del siguiente modo:

a) En lo relativo a la **incapacidad temporal**, se hará efectiva la cantidad de 35.492,79 euros, correspondiente a los 883 días que la reclamante estuvo incapacitada y a una indemnización diaria de 40,195689 euros.

No procede aplicar factor corrector alguno respecto de este concepto, pues, conforme a consolidada doctrina jurisprudencial que, por conocida, hace ociosa su cita, amen de por propio imperativo legal (Tabla V, apartado letra B del referido baremo), es preciso que se acrediten los "ingresos netos anuales de la víctima por trabajo personal", lo que no ha efectuado la reclamante, a la que incumbía tal acreditación.

b) En lo que se refiere a las **secuelas**, se calcula, en primer lugar, la cuantía correspondiente a 20 puntos a razón de 866,677484 euros el punto (atendiendo a la edad de la reclamante en el momento de ocurrir los hechos), lo que supone un total de 16.333,55 euros.

Seguidamente se procede a la aplicación de los factores de corrección que corresponden, a tenor de lo previsto en la Tabla IV del citado Anexo:

-Primer factor de corrección: Aunque la interesada no ha acreditado los ingresos netos anuales por trabajo personal, señala la norma que, respecto de las lesiones permanentes, ha de incluirse en este apartado a cualquier víctima en edad laboral, fijando un aumento de "hasta el 10%", si bien no establece los parámetros que habrán de tenerse en cuenta para recorrer ese abanico. Por ello, el Consejo Jurídico, entiende que, según lo ha querido el legislador, la aplicación del máximo, es decir, del 10%, no es automática, pues de haberlo así querido aquél

lo habría reflejado en la norma legal, lo que no ha hecho, sino que en ésta ha fijado el ya aludido abanico de "hasta el 10%", correspondiendo a quien ha de resolver la aplicación de uno u otro porcentaje, hasta dicho máximo, en función de los datos de que disponga. Pues bien, en el supuesto que nos ocupa, es claro que ninguno ha sido ofrecido por quien únicamente tenía la posibilidad de hacerlo, por lo que se estima suficiente aplicar el 5%, por este concepto, sobre la cuantía fijada para las secuelas (lesiones permanentes), lo que suponen 816,68 euros.

-Segundo factor de corrección: El siguiente escalón en la valoración del daño corporal sufrido por la reclamante nos lleva a la estimación de la discapacidad que presenta en razón a la sentencia de la Sala de lo Social del TSJ de Murcia, aplicando para ello lo previsto en la citada Tabla IV, que señala para la incapacidad permanente parcial un aumento de hasta 13.202,204512. Considerando que la incapacidad que sufre la reclamante es de carácter leve, este Consejo estima que la cantidad de 6.000 euros responde a la entidad de la incapacidad que padece.

De la suma de dichas cantidades se obtendría un *quantum* indemnizatorio de 58.643,02 euros, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños sufridos por la reclamante, por lo que se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución de desestimación de la reclamación que se acompaña al expediente sometido a consulta.

SEGUNDA.- La cuantía indemnizatoria debe determinarse de acuerdo con los criterios recogidos en la Consideración Quinta.

No obstante, V.E. resolverá