

Expediente: 53/2005

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria

Dictamen: 51/2005, de 14 de noviembre

DICTAMEN

En Pamplona, a 14 de noviembre de 2005,

el Consejo de Navarra, integrado por don Enrique Rubio Torrano, Presidente; don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario; y los Consejeros don Francisco Javier Martínez Chocarro, don Joaquín Salcedo Izu, don José María San Martín Sánchez, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Eugenio Simon Acosta,

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 30 de septiembre de 2005 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que, con cita expresa del artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), modificada por Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por doña ... y doña ... y don ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a don

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 83/2005, de 23 de septiembre, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este Consejo, así como escrito de la misma al Presidente del Gobierno para que, por su conducto, se formule la consulta.

I.2ª. Antecedentes de hecho

A) Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito fechado el 11 de febrero de 2005, con entrada en el Registro del Servicio Navarro de Salud el día 15 de marzo, doña Rosa Pellejero Navarra y doña ... y don ..., formulan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, por un importe de 300.000 euros, por los daños y perjuicios provocados por el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de su esposo y padre, respectivamente, don ... que falleció el 19 de mayo de 2004.

En dicho escrito se alegan sustancialmente los hechos que a continuación se relatan.

El 19 de febrero de 2004 el paciente ingresó en el Hospital ..., procedente del Hospital de ... aquejado de un dolor torácico continuo, que empeora por la noche, sin traumatismo previo. Tras la realización de una TAC de tórax se establece un diagnóstico diferencial entre un proceso neoplasia mediastínico o un tumor pulmonar, de 6,5 x 2 centímetros, cuyo esclarecimiento requiere pruebas complementarias de punción y biopsia.

El 1 de marzo de 2004 vuelve a ingresar y se decide su traslado al Servicio de ... para punción de la masa por TAC. En dicho Servicio se pospone la punción hasta el 11 de marzo de 2004 porque no se había ordenado con suficiente antelación la suspensión de la administración de anticoagulantes.

El mismo día 11 de marzo de 2004, el paciente acudió a ... por un empeoramiento de su situación, siendo trasladado al día siguiente a ... donde realizan una nueva TAC, esta vez de tórax y abdomen, y se descubre un carcinoma de pulmón, lesiones metastásicas pleurales y metástasis hepática. Se ordenó tratamiento de quimioterapia, del cual no llegó a finalizar ni el primer ciclo completo pues falleció el día 19 de mayo de 2004.

En el momento del diagnóstico, la enfermedad estaba muy avanzada y diseminada. Se trataba de un proceso con causa primaria en el carcinoma pulmonar con diseminación a distancia en una progresión muy conocida científicamente, según los informes médicos que se aportan.

Los reclamantes imputan a la Administración sanitaria la falta de un diagnóstico precoz cuando acudió con los mismos síntomas (dolor torácico y hemoptisis) en el mes de abril de 2003 al Centro de Consultas ..., Servicio de Según ellos afirman, se realizaron una serie de pruebas complementarias entre las que destaca una TAC torácica de 29 de mayo de 2002 que se informa como sin hallazgos significativos. Los interesados sospechan un error en esta prueba o en el informe, sugieren que puede ser una TAC efectuada en fecha anterior a don ... o a otro paciente, y afirman que es científicamente imposible que en esa fecha no existiese ya el tumor que se descubrió varios meses más tarde con un tamaño muy notable y con diseminación a distancia.

Por todo ello entienden que se ha privado al señor ... de un diagnóstico precoz que hubiese permitido tratar la enfermedad cuando aún estaba localizada, siendo mayores sus posibilidades de curación total o, al menos, una remisión de la enfermedad el mayor tiempo posible, con mejor calidad de vida.

Todo ello los lleva a concluir que existe responsabilidad de la Administración por daños morales, que estiman en 300.000 euros, por privar al señor ... a su derecho a una prestación sanitaria correcta que provocó su fallecimiento a los 57 años de edad.

Al escrito de reclamación se adjuntan una serie de documentos, cuyo contenido extractamos seguidamente:

1. Certificado de inscripción de matrimonio celebrado entre don ... y doña
2. Certificado de nacimiento de doña
3. Certificado de nacimiento de don

4. Informe del Servicio de ... del Hospital ..., de 26 de febrero de 2004, de alta de don ..., ingresado por dolor torácico el día 19 de febrero de 2004.
5. Informe del Servicio de ... del Hospital ..., de 3 de marzo de 2004, de alta de don ..., ingresado por dolor torácico el día 1 de marzo de 2004.
6. Informe del Servicio de ... del ... de 14 de abril de 2004, de alta de don ..., ingresado por dolor en el costado izquierdo el día 11 de marzo de 2004 y trasladado al Servicio de ... el 13 de abril de 2004.
7. Informe del Servicio de ... del ... de 22 de abril de 2004, de alta de don ..., ingresado por inicio de tratamiento oncológico el día 12 de abril de 2004 y trasladado al Hospital... el 22 de abril de 2004.
8. Certificado de defunción de don, el día 19 de mayo de 2004, en el Hospital... de
9. Informe de consulta del Centro de Consultas ..., de 25 de junio de 2003.

B) Instrucción del procedimiento e informes

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, conforme al artículo 42.4 de la LRJ-PAC, dirigió comunicación fechada el 21 de marzo de 2005, indicando el día de entrada de la solicitud en el Servicio de Régimen Jurídico (15 de marzo de 2005), el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (6 meses), y los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud).

Iniciada la instrucción, se solicita a la Subdirección de Centros de Asistencia Ambulatoria copia de la historia clínica de don ..., que es remitida con escritos de fecha días 6 y 20 de abril de 2005 e incorporada al expediente. De la documentación clínica aportada, cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los extremos que se relacionan seguidamente.

El historial de la enfermedad de don ... da comienzo en fecha anterior a la expresada por los reclamantes en su escrito de inicio del expediente. Arranca, en efecto, el día 18 de marzo de 2002, fecha en la que acude a urgencias por un episodio de hemoptisis (expectoración con sangre) autolimitada hacía tres días (5 expectoraciones hemoptóicas), acompañadas de dolor torácico punzante bilateral, más intenso en el lado izquierdo. La exploración física dio resultados normales, y en la radiografía de tórax no se observaron signos de patología, concluyendo en que no precisa tratamiento farmacológico nuevo y aconsejando acudir a urgencias si persiste o empeora la sintomatología.

El día 30 de mayo de 2002 se emite informe por el Servicio de Radiología del ... a solicitud del Servicio de ..., relativo a la TAC de alta resolución practicado el día 29 de mayo de 2002. La conclusión extraída es, literalmente, "signos de EPOC con presencia de bullas en ambos campos pulmonares, de predominio apical, con discreta hiperaireación en ambos lóbulos superiores, sin que observemos otros hallazgos significativos".

Del informe suscrito el 25 de junio de 2003 por el médico adjunto del Servicio de ... del Centro de Consultas ... se desprende que el paciente ha sido atendido en varias ocasiones ("fue valorado en nuestra consulta externa de ... los días 24/04/2002, 24/09/2002 y 15/04/2003, no habiendo vuelto a presentar sangrado bronquial desde marzo de 2002"). En el informe consta que el señor ... "refiere encontrarse clínicamente estable sin disnea" y se describe su enfermedad actual del siguiente modo:

"El paciente es remitido a nuestra consulta externa de ... por su médico de cabecera para valoración de expectoración hemoptóica.

El paciente acudió al servicio de ... de nuestro centro el día 18/03/2002 por presentar cuadro de aproximadamente 3 días de evolución, consistente en dolorimiento torácico bilateral inespecífico, quizá más intenso en el lado izquierdo (señalado a punta de dedo), que se acompaña de expectoración hemoptóica de escasa cuantía, autolimitándose posteriormente (el paciente fue valorado en nuestra consulta externa por vez primera el día 24/04/2002, aproximadamente un mes tras comenzar la expectoración hemoptóica, sin haberse vuelto a repetir el sangrado desde entonces.

El paciente negaba astenia, anorexia ni pérdida de peso.

En las exploraciones complementarias solicitadas en el servicio de ..., se descartó plaquetopenia, diatesis hemorrágica en el estudio de coagulación, cardiopatía isquémica aguda y plesión radiológicamente evidente en la Rx de tórax obtenida.”

En un informe de 9 de febrero de 2004, del Servicio de ... se describe a don ... como “paciente varón de 57 años de edad. Ex-fumador. HTA. Hipercolesterolemia. No diabetes. Cardiopatía isquémica. IAM en e. 2001 con aneurisma de ventrículo izdo. Portador de ACTP Stent en DA. Tensiones no revascularizables en coronaria derecha. En la actualidad angina estabilizada con tratamiento médico. Portador de ATPE Stent ilíaca derechac. en la actualidad asintomático desde el p.d.v. vascular.”

El día 19 de febrero de 2004 fue atendido por el Servicio de ... del Hospital ... con un cuadro de dolor torácico izquierdo que le despierta por la noche, continuo, sin claro desencadenante. En la exploración física se observa hipoventiladón marcada en base pulmonar izquierda y, en la radiografía de tórax, signos de derrame pleural izquierdo. Se le remite al Servicio de ... del mismo hospital.

En la exploración física de tórax efectuada por el Servicio de ... se observa matidez e hipoventiladón de la base pulmonar izquierda. En la radiografía de tórax aparece un ensanchamiento mediastínico y elevación del hemidiafragma izquierdo. Se practica TAC de tórax el día 25 de febrero de 2004 y se aprecia un “importante derrame pleural izquierdo que condiciona atelectasia pulmonar pasiva. En mediastino anterior y por delante del cayado aórtico, se observa una masa bien definida, ovalada y lobulada, de aproximadamente 6,5 x 2 cm, hipodensa en el estudio basal y que se realza tras la administración de contraste intravenoso”. Se diagnostica masa mediastínica y parálisis diafragmática y se le da de alta el día 26 de febrero de 2004.

El día 1 de marzo de 2004 acudió de nuevo al hospital (Servicio de ...) con dolor torácico y fue ingresado en el Servicio de ..., que emitió informe el

día 3 de marzo de 2004 donde consta la decisión de traslado al Hospital de Navarra para la realización de punción de la masa mediastínica por TAC.

El 4 de marzo de 2004, ingresa en el Servicio de ... del Hospital ... para realizar "PAAF bajo control TAC de una masa pulmonar medistínica que, presumiblemente, le ocasiona un derrame pleural izquierdo con parálisis diafragmática izquierda". En la auscultación pulmonar se aprecia hipoventilación en la base izquierda y en la radiografía de tórax se manifiesta un derrame pleural izquierdo y elevación del hemidiafragma izquierdo, sin cambios significativos respecto a previas. El examen citológico del líquido pleural ofrece resultado negativo para células neoplásicas. El paciente permanece estable, con aceptable control del dolor, aunque con claustrofobia, precisando benzodiacepina previa a la realización de la TAC. Se suspendió el tratamiento con Adiro 100 desde el día 2 de marzo de 2004 para realización de la punción, aconsejándose reanudarlo posteriormente. Se le traslada al Servicio de ... del Hospital ... para ingreso el día 4 de marzo de 2004, para realización de punción por TAC.

El caso fue estudiado en sesión clínica del Servicio de ... del ... y se decidió realización de punción bajo control TAC "de una masa alargada localizada en mediastino anterior que, presumiblemente, le ocasiona un derrame pleural izquierdo con desplazamiento del hemidiafragma izquierdo", pero se decide aplazar la prueba hasta el 11 de marzo de 2004 para evitar riesgos hemorrágicos derivados del tratamiento antiagregante que realiza habitualmente por su cardiopatía y arteriopatía y se suspende el suministro de Adiro 100.

El día 11 de marzo de 2004, el paciente acude al Servicio de ... del ... e ingresa en el Servicio de La TAC toraco-abdominal que se le practica el día 12 de marzo de 2004 da lugar al siguiente juicio médico:

"Las imágenes realizadas nos muestran de manera muy llamativa un notable derrame pleural izdo, que desplaza al mediastino hacia el lado dcho con colapso completo del lóbulo inferior. Probablemente dicho derrame obedece a unas imágenes de aspecto irregular y arrosariado en la porción más posterior de la pleura parietal

compatibles con lesiones metastásicas pleurales. Se observa una masa en el mediastino anterior justo detrás del esternón, de la que no se realiza punción-aspiración debido a las malas condiciones del paciente, compatible con carcinoma. El hemitórax dcho muestra el parénquima discretamente comprimido por el desplazamiento del mismo y en el mismo observamos la presencia de varias bullas de predominio superior. En la zona más basal del hemitórax izdo observamos de mayor tamaño las lesiones metastásicas a nivel pleural, que en su crecimiento llegan a introducirse por espacio intercostal. En el abdomen observamos ligera hepatomegalia con lesión ocupacional a nivel de su porción inferior, con un tamaño de unos 3 cm, sugestiva de metástasis hepática. Bazo normal. En el retroperitoneo llama la atención una notable calcificación de las estructuras arteriales, en relación con la edad que muestra el paciente. Ambos riñones de tamaño y forma normales. A nivel intrapélvico observamos la vejiga y próstata de características normales.”

El informe del Servicio de ... indica además que se decide el inicio de tratamiento Oncológico en régimen de ingreso hospitalario, siendo trasladado el paciente el día 11 de Abril del 2004 a la planta de ... para iniciar el mismo.

En el informe del Servicio de ... consta que el paciente está "asténico e hiporéxico, con pérdida ponderal no cuantificada y sensación de laxitud que motiva encamamiento durante las 24 horas". El dolor torácico motivó la aplicación de analgesia farmacológica guiada por la Unidad del Dolor y se le aplicó radioterapia, sobre arcos laterales costales izquierdos. Una vez mejorada su situación global a través de una mejoría del dolor, se administró el primer ciclo de quimioterapia.

Se ha incorporado asimismo al expediente un informe del médico adjunto de ... del ... de 11 de abril de 2005, donde se afirma que no se pudo realizar un diagnóstico precoz del proceso neoplásico pulmonal “dada la ausencia de sintomatología durante todo el seguimiento”. Igualmente se dice en el informe que el cáncer de pulmón no tiene sintomatología típica y es difícil el diagnóstico precoz, máxime teniendo en cuenta la normalidad de la TAC torácica de alta resolución solicitado en la primera consulta. “En cuanto a las dudas que existen con respecto al TAC torácico del día 29 de mayo de

2002 en la documentación remitida, considero que no ha existido ninguna confusión, no correspondiendo la prueba a otro paciente ni existiendo error alguno en el informe escrito del radiólogo de nuestro servicio. No estoy de acuerdo en la afirmación que se expresa: «resulta científicamente imposible que en esa fecha no existiese ya el tumor que se descubrió varios meses más tarde con un tamaño muy notable y con diseminación a distancia».

En el informe se justifica asimismo el retraso en la punción con TAC por no haberse suspendido anteriormente el tratamiento antiagregante, diciendo que dicha circunstancia es relativamente frecuente y que “en cualquier caso, el único problema que hubo fue que se ingresó al paciente desde el Hospital ... de ... con 48 horas de suspensión del tratamiento antiagregante en lugar de haberle ingresado a los 7 días de dicha suspensión”.

En fin -dice el informe- “un seguimiento en la consulta externa de ... durante un año sin que el paciente expresara sintomatología (ausencia de dolor torácico y hemoptisis durante todo el año de seguimiento), la normalidad del TAC torácico de alta resolución solicitado inicialmente y la normalidad de la Rx de tórax simple solicitada al final del periodo de seguimiento es más que suficiente para poder considerar la práctica médica realizada acorde al estado actual de la ciencia.”

Consta también en el expediente otro dictamen médico externo, realizado por los doctores en Medicina don ... y doña ..., especialistas en ... del Hospital ... de Madrid, emitido el 1 de julio de 2005. A juicio de los expertos firmantes estamos ante un tipo de tumor muy poco o nada quimiosensible frente a los fármacos convencionales, habiéndose demostrado que solamente cinco de ellos son capaces de producir respuestas superiores al 15%. Del dictamen se desprende asimismo lo siguiente:

- Aunque más del 90% de pacientes con carcinoma de pulmón son sintomáticos en su inicio, una minoría presenta síntomas

relacionados con el tumor primario y la mayoría de pacientes presentan cualquier otro síntoma sistémico inespecífico, incluido anorexia, pérdida de peso o síntomas específicos que pueden indicar enfermedad metastásica.

- Solamente un 5-15% de los tumores se detectan en sus etapas iniciales, cuando aún son asintomáticos, y suele ser de forma accidental.
- En cuanto a los métodos indicados para su diagnóstico, la radiografía de tórax es la primera modalidad de técnica de imagen que sugiere la presencia de carcinoma broncogénico. Sin embargo, a menudo se necesita la TAC torácica dada la ausencia de sensibilidad de la radiografía para detectar adenopatías mediastínicas metastásicas o invasión de la pared torácica o del mediastino. Además de la sospecha por radiografía de tórax y/o TAC, es necesaria la confirmación diagnóstica mediante la obtención de material citológico o tisular a través de técnicas invasivas como la fibrobroncoscopia. Su rentabilidad va a depender de la localización y distribución del tumor.
- A pesar de los constantes avances técnicos, las tasas de supervivencia global no han progresado de forma paralela en los últimos años. (...) La mortalidad del cáncer de pulmón permanece invariable desde hace más de 20 años.
- Si revisamos la literatura, los estudios más relevantes concluyen que el tiempo medio desde la primera consulta hasta el diagnóstico histológico del tumor es de 87 días de promedio. Los tiempos medios recomendados para el diagnóstico del cáncer de pulmón son de 6-8 semanas y los tiempos medios observados en diferentes estudios son hasta 16 semanas.

En relación con las deficiencias imputadas por los reclamantes a los servicios sanitarios de Navarra, el dictamen se pronuncia de forma expresa sobre los siguientes puntos:

- En relación con el retraso de la práctica de la punción:

“El paciente estaba en tratamiento con Adiro, que es un antiagregante plaquetario (impide que las plaquetas se junten y puedan formar trombos), no es un anticoagulante. Se suele recomendar el abandono de dichos tratamientos al menos en la semana previa de alguna prueba que conlleve riesgo de sangrado, como puede ser en el caso que nos ocupa, una punción pulmonar o mediastínica. El paciente ingresó con 48 horas de suspensión de dicho tratamiento derivado de otro hospital en lugar de haber ingresado a los 7 días de suspensión. No tiene mayor trascendencia, puesto que la prueba no se realizó para evitar posibles complicaciones al paciente y se postpuso tan solo unos días. Una demora de 5 días de diferencia en hacer una biopsia o punción no hubieran modificado el resultado de la prueba, ni la actitud terapéutica posterior tras el diagnóstico.”

- Sobre la falta de diagnóstico precoz y el supuesto error sobre el TAC de 26 de mayo de 2002:

“El paciente acudió al servicio de ... el 18/03/02 (no en abril de 2003) (...).Se le realizaron diferentes exploraciones complementarias, entre las que figuran una TAC (Tomografía Axial Computerizada) torácica de alta resolución, con gran sensibilidad para detectar patología pulmonar o mediastínica, bien neoplásica o de otra índole, que descartó la presencia de un cáncer de pulmón. De todos modos el neumólogo realizó un seguimiento de un año (...); nunca aquejó sintomatología respiratoria y aun así se le repitió una radiografía de tórax un año después que resultó normal...”

“...el cáncer de pulmón no tiene una sintomatología típica, precisamente lo inespecífico de su curso es lo que dificulta la mayoría de las veces un diagnóstico precoz. Los dolores torácicos referidos por el paciente en el momento de la hemoptisis eran inespecíficos y, en cuanto a la hemoptisis, una simple infección respiratoria puede cursar de esa forma... No hay causalidad obligatoria entre cáncer de pulmón y hemoptisis...”

“No se entienden las dudas en cuanto al equívoco de fechas que se argumenta en la reclamación. Claro que la TAC torácica tiene fecha de 29/05/02,precisamente se le realizó al mes de ser valorado por primera vez en la consulta de”

“...no es correcta la afirmación de que resulte científicamente imposible que en esa fecha no existiese ya el tumor que se descubrió varios meses después. La TAC tiene fecha de 29/05/02 y al paciente

se le diagnostica de derrame pleural tras presentar un dolor torácico izquierdo, el día 19/02/04, un año y nueve meses después.”

“No se pudo realizar un diagnóstico más precoz en este paciente en tanto en cuanto no padeció ningún tipo de sintomatología que pudiera hacer pensar en un proceso respiratorio, cuanto menos neoplásico, apoyado además por técnicas de imagen normales. La hemoptisis no se repitió, no aquejó cuadro constitucional ni otro tipo de síntomas, de hecho el paciente sólo consultó en una ocasión por un cuadro relacionado con su patología isquémica cardíaca de base, perfectamente estudiada, con radiografía de tórax normal y seguida posteriormente en consultas, es más, en esas revisiones cardiológicas se realizaron exploraciones físicas con auscultación pulmonar en todas ellas, en las que en ningún momento se objetivaron datos anormales que pudieran orientar a una patología pulmonar.

C) Trámite de audiencia

Conferido trámite de audiencia a los reclamantes, conforme a lo previsto en el artículo 11 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 (en adelante, RPRP), se concedió un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos que estimasen pertinentes.

Mediante escrito de 5 de septiembre de 2005 se formulan alegaciones por los reclamantes, en las que estiman que el núcleo de la cuestión debatida sigue sin esclarecerse. Admite que durante el periodo de 24-04-2002 al 15-04-2003 don ... fue vigilado y tratado de por el Servicio de ..., a raíz de un episodio de hemoptisis con dolor torácico bilateral, circunstancia que no parece haber sido tenida en cuenta en el dictamen de los doctores ... y Uno de los diagnósticos a descartar en esta situación es el de cáncer de pulmón, que no fue detectado en un año de seguimiento, y el paciente fue dado de alta con una radiografía de tórax, “diagnóstico poco eficaz para la patología que el paciente resultó sufrir”. La diseminación a distancia amplia debía de estar presente —a juicio de los reclamantes— en esa fecha. Añade que “no queda resuelta la duda sobre la correcta valoración o

confusión en el TAC de fecha 29-05-2002 pues no se ha aportado el mismo para su contraste”.

D) Propuesta de resolución

La propuesta de resolución desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios presentada por doña ... y doña ... y don ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a don Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a veinte millones de pesetas (120.202,42 euros).

Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en lo sucesivo, LFACFN), contempla en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, si bien esas determinaciones no son aplicables en este supuesto atendiendo a la fecha de presentación de la reclamación, 11 de febrero de 2005, a la de entrada en vigor de la citada ley foral, 1 de marzo de 2005, y a lo dispuesto en su disposición transitoria segunda, conforme a la cual “a los procedimientos ya iniciados antes de la

entrada en vigor de la presente Ley Foral no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”.

Por ello será aquí de aplicación el RPRP, que dispone en su artículo 12.1 que, cuando sea preceptivo a tenor de lo establecido en la Ley Orgánica del Consejo de Estado, se recabe el dictamen de este órgano consultivo o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, remitiéndole todo lo actuado en el procedimiento, así como una propuesta de resolución. Asimismo, el apartado 2 de dicho precepto reglamentario señala que se solicitará que el dictamen se pronuncie sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y el modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros. En dicho dictamen deberá ser tenido en cuenta lo prevenido en el citado artículo 12.2 del RPRP.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. Por último, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al recurrente, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde al reclamante otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos que

estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, que aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial.

El punto de partida lo constituye el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor 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.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuricidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”).

II.3ª. En particular, la antijuridicidad del daño

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (por todos, Dictamen 33/2003, de 5 de mayo), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002).

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

De manera que cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun habiéndose producido el fallecimiento del enfermo, si la intervención profesional se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, se está ante un resultado que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el artículo 141.1 de la LRJ-PAC. Lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no será, por tanto, el proceder de la Administración, dado que ésta responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, que no concurrirá cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica

existentes en el momento de la producción de aquél (STS de 22 de diciembre de 2001).

En definitiva, la actuación conforme con la *lex artis* —es decir, con la aplicación correcta de los conocimientos profesionales al caso analizado, según el estado actual de la ciencia y de la técnica— elimina cualquier reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida. Si éste fuera el supuesto, el daño producido no sería antijurídico y, por tanto, faltaría uno de los requisitos necesarios para que naciera la responsabilidad de la Administración.

A la vista del expediente administrativo remitido, la historia clínica examinada y los informes médicos que se han emitido, este Consejo tiene que pronunciarse en contra de la antijuridicidad del resultado, sin que por parte del reclamante se haya ofrecido prueba alguna que justifique la negligencia que pretende imputar a los servicios médicos que le atendieron.

De una parte, el expediente pone de manifiesto que el paciente fue atendido y vigilado durante el tiempo de su dolencia, y se practicaron numerosas pruebas que, a juicio de los doctores Aspa y Rajas, eran las aconsejables. Se desprende también del informe de los doctores citados y del emitido por don Ignacio Carlos Clavera Tejero, que nos encontramos ante una enfermedad cuyo diagnóstico precoz es difícil porque carece de una sintomatología típica. El hecho de que no se presentasen síntomas ni nueva expectoración hemoptoica durante el más de un año transcurrido entre la aparición de la dolencia de tórax y el día 25 de junio de 2003 justificó el alta dada por el Servicio de ..., en cuyo informe consta asimismo que en esa fecha el propio paciente “refiere encontrarse clínicamente estable sin disnea”.

Aunque la enfermedad haya desembocado en el lamentable y fatal desenlace de la muerte del paciente, ello no puede imputarse a la atención sanitaria recibida sino, como reiteran los informes médicos que tenemos a la vista, la evolución de los acontecimientos es normal en este tipo de

enfermedad y no simplemente fruto de una mala praxis o negligencia médica.

Las conclusiones de los doctores ... y ..., que han sido extensamente reproducidas más atrás, son extraordinariamente firmes y no dejan a este Consejo de Navarra lugar alguno para la duda o sospecha de que haya podido producirse algún tipo de descuido o infracción de las reglas de la práctica adecuada y correcta de la medicina. El dictamen citado termina del siguiente modo:

“1. En ningún momento el paciente presentó ni sintomatología ni alteraciones en las pruebas de imagen realizadas que pudieran orientar a un proceso neoplásico pulmonar. Por desgracia el tumor presentó síntomas en un estadio avanzado, cuando el tratamiento solo podía ser paliativo, con un pronóstico infausto y una evolución rápida y fatal al ser ya una enfermedad diseminada.

2. Una vez hechas las consideraciones anteriores como respuesta a los diferentes aspectos de la reclamación, solo queda decir que la actuación médica en éste caso ha sido correcta, en todo momento se ha actuado con la diligencia, presteza, la proporcionalidad y con las medidas adecuadas al proceso clínico que presentaba la paciente; realizando o recomendando las pruebas diagnósticas acordes a la sintomatología destacada en cada momento para permitir una aproximación diagnóstica rápida y fiable.”

Tampoco ofrecen los reclamantes evidencia y ni siquiera indicios de un error en el juicio emitido sobre la base de la TAC torácica del día 29 de mayo de 2002. El médico responsable afirma que no ha existido ninguna confusión ni error en el informe escrito del radiólogo. En el dictamen externo “no se entienden las dudas en cuanto al equívoco de fechas que se argumenta en la reclamación” y se explica que la TAC torácica se le realizó al mes de ser valorado por primera vez en la consulta de

También se rechaza en los informes disponibles que sea científicamente imposible que en el mes de junio de 2003 no existiese ya el tumor que se descubrió varios meses más tarde con un tamaño muy notable y con diseminación a distancia.

Frente a lo señalado, los reclamantes no han aportado elementos probatorios que induzcan a considerar que se haya producido la negligencia o mal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios que denuncian, debiendo recordarse que la carga de la prueba de los hechos necesarios para que concurra la responsabilidad corresponde a los reclamantes de la indemnización.

Por el contrario, la Administración ha ofrecido argumentos debidamente documentados que, a falta de contradicción suficientemente fundada de la parte reclamante, conducen a sostener el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios y la improcedencia de la reclamación formulada por no advertirse responsabilidad alguna de la Administración al carecer el daño denunciado del requisito de la antijuricidad, además de no haberse acreditado la debida relación de causalidad entre el fallecimiento el paciente y la atención sanitaria recibida.

III. CONCLUSIÓN

La reclamación formulada por doña ... y doña ... y don ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.