

**Expediente:** 3/2006

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

**Dictamen:** 8/2006, de 20 de marzo

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 20 de marzo de 2006

el Consejo de Navarra, integrado por don Enrique Rubio Torrano, Presidente; don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario; y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don Julio Muerza Esparza, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfonso Zuazu Moneo,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 3 de febrero de 2006 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que, con cita expresa del artículo 19.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por doña ..., doña ... y doña ..., 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 8/2006, de 20 de enero, 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**

### ***Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Mediante escrito presentado el día 2 de mayo de 2005 en el Registro del Departamento de Salud, doña ..., doña ... y doña ..., formulan reclamación de indemnización de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea), por un importe de 90.151,81 euros para la primera y de 30.050,60 euros para cada una de las segundas, por el fallecimiento del esposo y padre de las reclamantes, don ..., derivado del defectuoso funcionamiento de los servicios sanitarios del Hospital ....

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

Don ..., acompañado de su esposa y de una de sus hijas, acudió el 14 de noviembre de 2004 al Servicio de Urgencias del Hospital ..., por presentar dolores en el hemi-abdomen derecho, de cinco días de evolución. Fue internado en dicho centro hospitalario pasando, al día siguiente, al Servicio de Cirugía General, donde se le diagnosticó obstrucción intestinal. El día 27 de noviembre fue dado de alta a pesar de persistir los dolores.

Al no experimentar ninguna mejoría en su domicilio y ante la persistencia e incremento del dolor, el día 1 de diciembre, ingresó nuevamente en el Servicio de Urgencias del mismo centro hospitalario, siendo derivado al Servicio de Digestivo. En el informe emitido por el Servicio de Urgencias, donde se le practicaron diversas pruebas, se hace constar que en la ecografía se aprecia ligera dilatación de vesícula biliar y de la analítica se concluye el diagnóstico de "ictericia obstructiva colelitiasis".

El día 8 de diciembre, y ante la insistencia de una de las hijas, se realiza TAC urgente, en el que se aprecia pancreatitis aguda con extensa necrosis y tumoración en la cabeza del páncreas.

Dejan constancia las reclamantes que desde el día 2 de diciembre al día 9, en los que concurren el "puente de San Francisco Javier, la

Constitución y la Inmaculada, y a pesar de que en esos días el estado general iba empeorando, cada día le visitaba un médico distinto que no adoptaba ninguna decisión”.

El día 10 de diciembre se intenta hacer una endoscopia digestiva que no se puede realizar por “compresión extrínseca duodenal”. A partir del día 12 se comienzan a realizar una serie de pruebas, informándose a la familia que en las analíticas aparecen síntomas leves de infección.

Hasta el día 20 de diciembre en que el paciente “se choca” no se informa a la familia de la necrosis de páncreas detectada el día 8.

El día 21 de diciembre se interviene urgentemente al paciente. En el juicio clínico del Servicio de Cirugía General se señala la existencia de “pancreatitis aguda necohemorrágica, con tumoración de la cabeza del páncreas, dilatación de la vía biliar y necrosis pancreática infectada por estafilococo coagulasa negativo, Colecistitis aguda gangrenosa”.

Fue ingresado en la UCI, donde “a juicio de las suscribientes, se intenta todo lo que estaba en sus manos para sacarlo adelante, pero desgraciadamente fallece el día 13 de enero, tras cuatro operaciones más”.

Existen, por lo tanto, a juicio de las reclamantes, diagnósticos erróneos y ausencia del tratamiento adecuado para haber combatido la infección, como mínimo desde el día 2 de diciembre. Siendo la decisión de la intervención quirúrgica tardía.

Con base en lo expuesto reclaman una indemnización de los daños y perjuicios causados como consecuencia del funcionamiento anormal de los servicios sanitarios, imputándoles sustancialmente que:

- Se ha incurrido en diagnósticos erróneos, ya que “desde el 14 de noviembre al 17 del mismo mes, los dolores abdominales, náuseas, vómitos, fueron diagnosticados como una obstrucción intestinal”. Por otra parte, el 1 de diciembre, fecha en la que ingresa de nuevo en el centro hospitalario, “se diagnostica una ictericia obstructiva, y a pesar de que el día 2 de diciembre se le

practica una analítica en la que se comprueba que las amilasas y lipasas estaban muy alteradas, no se le vuelve a realizar otra analítica hasta el 8 de diciembre, con cuyo análisis más el escáner que se practicó se tenía que haber detectado la necrosis de páncreas”.

- Añade que del “día 8 al 21 de diciembre no se adopta ninguna decisión ni se establece un tratamiento para atacar la grave infección que detectaban los análisis”.
- Concluye, además, que “la decisión de intervención quirúrgica fue tardía”.

Los reclamantes, que acompañan a su reclamación los informes médicos emitidos por los distintos servicios del Hospital ... que atendieron a su esposo y padre, por lo demás igualmente aportados con el expediente instruido por el Servicio Navarro de Salud, invocan los artículos 106.2 de la Constitución Española y 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) como amparo legal de la obligación de la Administración de indemnizar a los particulares 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 normal o anormal de los servicios públicos”, concretando la indemnización, incluidos los daños morales, en 90.151,81 euros para la viuda ..., y 30.050,60 euros para cada una sus hijas doña ... y doña ..., mayores de edad, pero que convivían con él.

### ***Instrucción del procedimiento e informes***

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, conforme al artículo 42.4 de la LRJ-PAC, dirigió comunicación fechada el 4 de mayo de 2005, indicando el día de entrada de la solicitud en el Registro del Servicio de Régimen Jurídico (2 de mayo 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 .... De la documentación clínica aportada, cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- Don ... es diagnosticado el 14 de noviembre de 2004 de obstrucción intestinal, quedando ingresado en observación en el Hospital ..., previa valoración por el Servicio de Cirugía. Durante el período en que permaneció ingresado se realizaron una serie de pruebas complementarias, constando en la ecografía abdominal “vesícula biliar distendida sin signos concluyentes de patología aguda”. Es dado de alta por el Servicio de Cirugía General el día 27 de noviembre de 2004, haciendo constar en el informe de alta “oclusión intestinal”, siendo la “evolución satisfactoria, cediendo el cuadro con tratamiento médico y adecuada tolerancia oral en el momento del alta”.
- El 1 de diciembre de 2004 ingresa en el Servicio de Digestivo del Hospital ..., procedente del Servicio de Urgencias al que acude por persistir molestias abdominales, acompañadas de náuseas y vómitos. Durante el tiempo en que permaneció ingresado en ese Servicio (hasta el 21 de diciembre) se realizaron una serie de estudios complementarios (analíticas los días 1, 2, 4, 8, 9, 15 y 20; E.C.G.; RX de tórax y abdomen; ecografía abdominal los días 1 y 16 de diciembre; TAC toracoabdominal los días 8 de diciembre, en la que aparece extensa necrosis pancreática, tumoración probablemente inflamatoria en la cabeza del páncreas, con dilatación del colédoco y pequeño pseudoquiste; 15 de diciembre, en la que se aprecia extensa necrosis pancreática, sin signos de afectación aguda; 21 de diciembre, en la que se hace constar que el estudio radiológico es sugestivo de pancreatitis aguda grave, con necrosis pancreática del 90%; endoscopia digestiva realizada el día 10 de diciembre, que no pudo concluirse por compresión extrínseca por cirugía previa tipo Billroth II; drenaje biliar interno realizado el día 13 de diciembre, en el que se señala como conclusión

carcinoma de páncreas/pseudoquiste de páncreas). En el informe de alta emitido por ese Servicio de Cirugía se hace constar que tras la colocación del drenaje biliar se produjo una buena evolución inicial, presentando el día 20 de diciembre empeoramiento de su estado con intolerancia a la ingesta oral, realizándose TAC abdominal urgente y punción de las colecciones abdominales, y una vez comentados los resultados con los Servicios de Cirugía y Medicina Intensiva, y tras hablar con el paciente, se decide la intervención quirúrgica con posterior traslado a la UCI. El juicio clínico emitido es el de pancreatitis aguda evolucionada en paciente con coletiasis.

- El 21 de diciembre de 2004 se practicó intervención quirúrgica siendo el juicio clínico emitido por el Servicio de Medicina Intensiva “Pancreatitis aguda necrohemorrágica, con tumoración de la cabeza del páncreas, dilatación de la vía biliar y necrosis pancreática infectada; colecistitis aguda gangrenosa; laparotomía; colecistectomía; necrosectomía pancreática”.
- El día 24 de diciembre de 2004, viendo la evolución satisfactoria del paciente, se procedió a reintervenirle para cerrar la pared abdominal.
- Tras una buena evolución inicial, el día 29 de diciembre presenta progresivo deterioro clínico, siendo intervenido nuevamente el día 30 de diciembre, realizándose extracción de hematoma infectado hallado bajo la pared abdominal y lavado exhaustivo de la cavidad.
- Existe una estabilización inicial, con posterior agravamiento del cuadro séptico, procediéndose a una nueva intervención quirúrgica el día 3 de enero de 2005, hallándose absceso subcutáneo, hematoma y perforación del ángulo hepático del colon.
- El 11 de enero de 2005, ante la situación de fallo multiorgánico y tras nuevo empeoramiento clínico, se decide reintervención, encontrándose gran infección subcutánea, con necrosis grasa de tipo jabonoso (pancreatitis aguda). Presenta un deterioro físico

progresivo e inestabilización hemodinámica, falleciendo a las 11:30 horas en situación de fallo multiorgánico.

El Jefe de la Sección de Digestivo del Hospital ... emite el 18 de mayo de 2005 (aunque por error conste el año 2004) un informe en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial, en el que se manifiesta, resumidamente expuesto, que:

- El diagnóstico efectuado por el Servicio de Urgencias el día 1 de diciembre de 2004, en atención al estado del paciente, la analítica (elevación importante de bilirrubina y leve de amilasas) y la ecografía abdominal de colelitiasis y posible coledocolitiasis, no es una incorrección, pues se aprecia un colédoco dilatado, pero no se demuestra contenido en su interior, no logrando valorar el páncreas por estar su área “«artefactada de gas, hecho no infrecuente en este tipo de exploración»”.
- Manifiesta el informante que “a pesar de que su ingreso coincidió con muchos días festivos es visitado a diario por el médico encargado de controlar a los enfermos de la planta, etiquetados como más graves”. Se trata del Médico de Digestivo que está de guardia. En esos días no experimenta cambios en la evolución.
- De los resultados de la analítica practicada y de la evolución del paciente “se interpreta que presenta una reacción pancreática, también presente en esta patología pero se considera más importante el cuando de obstrucción biliar”.
- El día 7 de diciembre se advierte por el informante que el paciente ha empeorado en su cuadro clínico, con aumento de ictericia, por lo que solicita pruebas complementarias para tratar de solucionar la obstrucción biliar”, realizándose entre otras un TAC “el día 8 de diciembre de 2004 a pesar de ser día festivo”.
- El médico encargado de pasar planta el día 8 de diciembre vio el TAC con el radiólogo, señalando el informante que “de momento

no procedía otra medida que intentar solucionar la obstrucción biliar y se puso cobertura con metronizadol y ciprofloxacino para tratar de evitar la posible infección tanto del proceso biliar como la de la necrosis pancreática. El TAC fue informado de pancreatitis aguda evolucionada y dudoso tumor”.

- El 10 de diciembre se intentó colocar una prótesis en la vía biliar, si bien no se pudo acceder a la misma por estar el paciente gastrectomizado.
- Considerando necesario proceder a solucionar la obstrucción biliar, que puede provocar la muerte del paciente, el 12 de diciembre los radiólogos intervencionistas le colocaron un drenaje biliar interno y externo. Después de producirse una mejoría clínica, el 20 de diciembre comienza intolerancia de la dieta, solicitándose analítica, ordenándose transfusión sanguínea a la vista de sus resultados. El 21 de diciembre, al apreciarse empeoramiento en la exploración, se solicita TAC de urgencia, practicándose punción en zona de necrosis pancreática y, al confirmarse la infección de la necrosis, se decide intervención urgente.
- Por lo tanto, concluye el informante, “no es cierto que entre los días 8 y 21-12-2004, no se adoptase ninguna decisión, ya que se había puesto tratamiento de cobertura para tratar de evitar una infección todavía no existente y se había tratado de resolver la obstrucción biliar”. Añade que, “la decisión de cirugía se tomó en el momento justo, ya que las pancreatitis agudas solo se intervienen cuando presentan complicaciones, como la infección de la necrosis pancreática que se produjo posiblemente el día 20.12.04 y se confirmó por punción en el TAC el día 21.12.04”.

El 12 de octubre de 2005 se emite “dictamen médico” por tres especialistas en cirugía general y digestivo, doctores ..., Don ... y don ..., y por un especialista en cirugía general Don ..., en el que, tras realizar distintas consideraciones sobre el cuadro clínico del paciente y la atención



médica recibida, señalando entre ellas que “este paciente se maneja, por tanto, de forma adecuada: tratamiento médico (con buena respuesta inicial), tratamiento quirúrgico sólo en el momento en que se demuestra sepsis sin respuesta al tratamiento médico (demostrada mediante la punción y determinación de gram en las colecciones) y soporte en UCI en el momento que presenta signos de fracaso multiorgánico”, se alcanzan las siguientes conclusiones:

- Que el paciente había sido dado de alta el día 27/11/2004 por cuadro de obstrucción intestinal resuelto con tratamiento conservador. En ecografía realizada durante este ingreso, no hay signos de patología biliar aguda.
- El paciente ingresa en el Servicio de Digestivo, con el diagnóstico de ictericia obstructiva y colelitiasis.
- El tratamiento instaurado es correcto.
- Desde el mismo día que acude al Servicio de Urgencias se realizan estudios analíticos y ecografía que ya establecen la sospecha de pancreatitis aguda. La evolución inicial es favorable.
- La TAC realizada el 8/12/04 se solicita por ictericia progresiva; en ese momento no hay signos analíticos ni clínicos de infección y las enzimas pancreáticas se habían normalizado. En la TAC se objetiva la expresión anatómica de la pancreatitis ya diagnosticada previamente.
- La solicitud de CPRE y posterior CPT responden al intento de resolver la causa etiológica de la pancreatitis: coledocolitiasis; la actitud es por tanto correcta.
- En ningún momento de la evolución hasta el 20/12/04 hay signos de que las colecciones peripancreáticas estén infectadas. Este día hay deterioro claro y brusco de la evolución, actuándose de forma consecuente.

- La única indicación de cirugía en pancreatitis aguda necrohemorrágica (en el momento agudo), es la demostración de infección de las colecciones pancreáticas; no existe por tanto indicación quirúrgica hasta el 21/12/04.
- La familia es informada correctamente y el paciente intervenido sin demora el mismo 21/12/04.
- La técnica empleada es correcta.
- Se ponen a disposición del paciente todos los medios disponibles para su mejor tratamiento en la UCI
- A pesar de todas las medidas instauradas (medidas de soporte en UCI, antibioterapia, repetidas reintervenciones, etc.) el paciente desarrolla shock séptico y fracaso multiorgánico, sin que todas estas actuaciones consigan revertir la evolución, falleciendo el 13/01/05.
- Del estudio de la documentación remitida podemos concluir que todos los profesionales que atendieron al D. ... en el ..., lo hicieron de acuerdo a la *lex artis* sin que se evidencien signos de mala praxis en ninguna de sus actuaciones.

### **Trámite de audiencia**

Conferido trámite de audiencia a las 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 14 de noviembre de 2005 se formulan alegaciones por las reclamantes en el que se viene a reiterar lo ya mantenido en su escrito iniciador del procedimiento, si bien vuelven a insistir en el mal diagnóstico realizado en el mes de noviembre, sin que se instaurara

tratamiento especial respecto del páncreas; en que durante el ingreso iniciado el 1 de diciembre, y a pesar de la falta de información de la ecografía respecto del páncreas, ningún médico ordenase, desde el día 2 al 7 de diciembre, que se practicara una TAC abdominal; en que los distintos médicos de guardia no adoptasen ninguna decisión; en que durante esos días festivos no se realizaron pruebas específicas sobre el páncreas; a pesar de que el día 8 los médicos se percatan de la obstrucción biliar, no colocan el drenaje hasta el día 12; no se informó ni a la familia ni al paciente de los resultados de la TAC practicada el día 8. Para terminar concluyendo en que la causa del fallecimiento no fue una enfermedad incurable sino las complicaciones de la pancreatitis aguda que no fue diagnosticada a tiempo.

### ***Propuesta de resolución***

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Doña ..., doña ... y doña ..., 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 ..., doña ... y doña ..., 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).

Por su parte, Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en lo sucesivo, LFACFN), establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

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.

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 los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así 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 antijuridicidad, 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”), lo cual supone la inclusión, dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

### **II.3ª. En particular, la antijuridicidad del daño y la relación de causalidad**

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) y, 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, aún aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión 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 antijurídico 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 – como lo ha sido-, el daño producido no sería antijurídico y, por tanto, fallaría

–como ha fallado, en esta ocasión- uno de los requisitos necesarios para que naciera la responsabilidad de la Administración.

No puede llegar este Consejo a distinta conclusión a la vista del expediente administrativo remitido, la historia clínica examinada y los informes médicos que se han emitido, sin que por parte del reclamante se haya ofrecido prueba alguna que justifique el defectuoso funcionamiento que pretende imputar a los servicios médicos que le atendieron.

Se encuentra frecuentemente este Consejo, como ya hemos señalado en supuestos precedentes y análogos, con reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración basadas en la concurrencia de un defectuoso funcionamiento de los servicios públicos sanitarios que, sin embargo, no tienen otro sustento que la expresión, más o menos acertada en su formulación, de distintas hipótesis sobre los hechos acontecidos, sobre su previsibilidad y reparabilidad o, en definitiva, sobre si los resultados alcanzados hubieran sido distintos si se hubieran mantenido unas u otras conductas, normalmente distintas de las mantenidas por los servicios sanitarios en cada caso.

Así ocurre aquí también, donde las reclamantes formulan distintas hipótesis o abren distintos interrogantes, que ni justifican ni responden, al objeto de concluir en un anormal funcionamiento de los servicios públicos, en una indebida asistencia sanitaria o, en suma, en una errónea conducta de los servicios médicos, pero todo ello lo hacen sin aportar prueba alguna que constituya soporte suficiente, ni siquiera de manera indiciaria, para apoyar las conclusiones que pretenden alcanzar en su reclamación.

Frente a esa conducta de los reclamantes y esa ausencia de prueba que confiera mínimo soporte a su reclamación, encuentra este Consejo en el expediente administrativo que tenemos a la vista un extenso elenco de documentos que reflejan las actuaciones médicas practicadas, comprendiendo no sólo la justificación de su materialización, sino también las circunstancias en las que se realizan, los hallazgos que conllevan, los resultados que se alcanzan, el diagnóstico al que conducen y, en fin, el correspondiente juicio técnico sobre el estado de salud de los pacientes,

previo y posterior a cada una de las distintas actuaciones médicas. Ello representa, en suma, un conjunto documental, de evidentes efectos probatorios, del que se desprenden unas conclusiones frente a las que resulta difícil, por no decir imposible, poder enfrentar en condiciones de igualdad, al menos conforme al resultado del procedimiento instruido en esta vía administrativa, las consideraciones de las reclamantes que, por ausencia de prueba alguna que las soporte o refrende, se nos presentan como resultado de apreciaciones naturalmente subjetivas que, precisamente por ello, no pueden aspirar a prevalecer sobre los distintos informes técnicos que, avalados por la evidente pericia y capacidad de quienes los emiten, concluyen en la idoneidad y corrección de las actuaciones médicas y quirúrgicas practicadas en el presente supuesto.

Así, todos los informes obrantes en el expediente administrativo coinciden en que la asistencia sanitaria ha sido correcta, habiéndose diagnosticado con acierto las distintas dolencias que ha padecido el reclamante, prescribiéndose las intervenciones adecuadas y ejecutando las mismas conforme a la *lex artis*, y si bien el resultado final no ha sido el perseguido, ello no puede imputarse a la atención sanitaria recibida sino, como reiteran los informes médicos que tenemos a la vista, son consecuencia de las propias enfermedades del fallecido y no de una mala praxis o negligencia médica.

Frente al argumento de los reclamantes de que el diagnóstico de “obstrucción intestinal”, efectuado en noviembre de 2004, era un diagnóstico incorrecto, oponen los informes médicos los resultados de las pruebas realizadas en esas fechas, en concreto la ecografía realizada el día 23 de noviembre, tres días antes de abandonar el centro hospitalario, en cuyos resultados no se aprecian “signos de patología biliar aguda”, por lo que los síntomas y la evolución del paciente condujeron al diagnóstico señalado de obstrucción intestinal.

Por otra parte, las actuaciones documentadas en el expediente vienen igualmente a desmentir la pasividad de los servicios médicos que denuncian los reclamantes, coincidentes con las festividades de los primeros días de diciembre, pues resulta de ellas la práctica de visitas médicas durante esos



días, la existencia de exploraciones, analíticas y otras pruebas los días 1, 2, 4 y 8 de diciembre, realizándose este último día, festivo a la sazón, una TAC a la vista de la ictericia progresiva del paciente, sin que de sus resultados se desprenda la existencia de signos de infección. Del mismo modo, la igualmente denunciada pasividad de los servicios médicos en atacar la infección se ve refutada por las conclusiones coincidentes de los distintos informes sobre que la aparición de los primeros signos de infección se produce el 20 de diciembre, siendo intervenido quirúrgicamente para atacar la misma el siguiente día 21.

Finalmente, la denunciada “intervención quirúrgica tardía” es igualmente rechazada por el informe médico emitido conjuntamente por los especialistas, del que se ha hecho mención en los antecedentes, en el que concluyen al respecto que la única indicación de cirugía en pancreatitis aguda necrohemorrágica (en el momento agudo), es la demostración de infección de las colecciones pancreáticas, que no concurre hasta el día 20 de diciembre, siendo intervenido, como se ha dicho, el siguiente día 21 de diciembre, siendo además correcta la técnica empleada en la mencionada intervención.

Frente a todo lo señalado hasta aquí, reiteramos que no han aportado elementos probatorios que induzcan a considerar que exista 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 antijuridicidad, además de no haberse acreditado la debida relación de causalidad entre el fallecimiento y la atención sanitaria recibida.

### **III. CONCLUSIÓN**

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

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.