

<p>Expediente: 24/2006 Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria Dictamen: 31/2006, de 27 de septiembre</p>

DICTAMEN

En Pamplona, a 27 de septiembre de 2006

El Consejo de Navarra, compuesto 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 José María San Martín Sánchez, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Julio Muerza Esparza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 9 de agosto de 2006 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Vicepresidente 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, 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 ..., en nombre y representación de doña ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a doña

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 74/2006, de 28 de julio, 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 27 de febrero de 2006 en el Registro General del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, don ..., en nombre y representación de doña ..., en su condición de hermana de la fallecida, doña ..., formula reclamación de indemnización de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial del citado Servicio, por un importe de 180.000 euros, “por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”.

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

Doña ... (no se precisa la edad) padecía una insuficiencia renal. El día 28 de febrero de 2005 el médico de cabecera valoró la necesidad de ingresar a la paciente.

A los dos días de su ingreso, aproximadamente, su estado de salud comenzó a decaer progresivamente.

El viernes 4 de marzo (si bien en el escrito se dice febrero) de 2005, su hermana fue a visitarla y comprobó que doña ... estaba cada vez más desmejorada, hasta el punto de que su cuerpo encogía paulatinamente; cuando el médico acudió, la explicación que dio a la hermana de la paciente es que ésta padecía una pequeña gangrena.

Tras someterla a una intervención quirúrgica se le diagnosticó una gangrena ya desarrollada, falleciendo al día siguiente 5 de marzo.

El reclamante invoca los artículos 43 y 106 de la Constitución, que reconocen el derecho a la protección de la salud; 3.1, 6 y 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; 38.1.a) y b) del Real Decreto

Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social; 12.3 y 16. b) de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud; 139 y siguientes de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC); y los artículos 1, 25, 26, 28 y 29 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Los daños y perjuicios causados a la representada del reclamante ascienden -a juicio de éste- a la cantidad de 180.000 euros.

Instrucción del procedimiento e informes

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación fechada el 7 de marzo de 2006 (con fecha de salida el 9 del mismo mes), admitiendo a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, con número de expediente 4942/2006, nombrando instructora del procedimiento e informando a la interesada que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución era de seis meses a contar desde el día 24 de febrero de 2006.

Iniciada la instrucción, se solicita a la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria copia de la documentación clínica de doña De la documentación clínica aportada, cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- Como antecedentes clínicos de interés obran los que, a continuación, se relatan: 1) Paciente de 57 años diagnosticada de tuberculosis a los 28 años; gastritis H pylori positivo, colelitiasis y probable insuficiencia mitral leve por prolapso. 2) El día 23 de enero de 2004 ingresa en el Servicio de Nefrología del Hospital ... por cuadro de dolor epigástrico de dos meses de evolución detectándole incremento en las cifras de creatinina con p-ANCAS (positivos) 70. Se le practica biopsia renal con el diagnóstico de glomerulonefritis proliferativa extracapilar, iniciando tratamiento con corticoides y ciclofosfamida, siendo objeto de ingresos posteriores en el mismo servicio por diversos motivos: infección respiratoria (25

de marzo de 2004); GEA (13 de agosto de 2004); vómitos y diarrea (29 de agosto de 2004).

- En noviembre de 2004 tuvo una sepsis por “salmonella typhimurium”. Presentaba entonces una creatinina de 6 siendo trasladada el día 17 de mismo mes al Hospital ... para realizarle una fístula arteriovenosa y ser incluida en el programa de hemodiálisis.
- Según se lee en el “informe de diagnósticos en diálisis agudo” del Servicio de Nefrología del Hospital ... de 24 de enero de 2005, el día 10 de diciembre de 2004 la paciente “presenta tos con enalapril”. En un informe posterior de ese mismo Servicio, de fecha 28 de febrero de 2005, se afirma que la paciente comenzó tratamiento con Imurel (50/12h) el 2 de febrero de 2005 y que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital ... el 6 de febrero de ese mismo año por vértigo de origen periférico.
- El 28 de febrero de 2005 la paciente vuelve a acudir con vómitos al Servicio de Urgencias. Tras extraerle hemocultivos se le administra Tavanic 500 mg IV. Una vez valorada la evolución por la hematóloga de guardia ésta decide ingresarla. El juicio clínico es el siguiente: “Aplasia medular en paciente con insuficiencia renal por Glomerulonefritis rápidamente progresiva”.
- El 1 de marzo de 2005, en el informe de continuidad de cuidados del Servicio de Nefrología, el médico manifiesta que “la paciente está ingresada en Hematología por Leucopenia y Trombopenia por Imurel. Función renal terminal desde el punto de vista funcional. Tiene realizada fístula AV para hemodiálisis. Precisa ser incluida en Programa de Hemodiálisis Periódica para su supervivencia. Dado que en nuestro centro no se dispone de puestos libres de hemodiálisis, se solicita con carácter preferente al servicio de atención al paciente que se le asigne centro y turno donde poder dispensarle dicho tratamiento sustitutivo”.

- Ese mismo día 1 de marzo el Servicio de Hematología solicita al Servicio de Ginecología un informe dado que la paciente “presenta dolor e inflamación en labio mayor derecho”. Informe que es emitido inmediatamente indicando el tratamiento correspondiente.
- En los días posteriores presenta fiebre, aumento de dolor e inflamación en la zona afectada por lo que, ante la sospecha de necrosis, el día 4 de marzo se solicita evaluación al Servicio de Cirugía Plástica.
- Tras la evaluación de ese Servicio, ese mismo día, según se deduce de un informe del Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital ... de 5 de marzo de 2005, se decide la intervención quirúrgica urgente “realizando desbridamiento amplio de región vulvar y pared anterior derecha de abdomen”. El protocolo quirúrgico es el siguiente: “Asepsia cuidadosa de zonas a intervenir. Disección por planos de región vulvar y abdomen inferior derecho hasta llegar a flanco ipsilateral. Se observa edema severo fascial y del tejido celular subcutáneo. Necrosis extensa del tejido graso y fascias musculares. Mionecrosis de m.recto anterior del abdomen (1/3 inferior), m.oblicuos, m.gracilis y m.semiemimembranoso. Desbridamiento de tejidos necrosados hasta observar tejidos viables. Hemostasia exhaustiva. Cura con agua oxigenada-betadine y compresas”. El juicio clínico es el siguiente: Glomerulonefritis rápidamente progresiva (p-ANCA+); aplasia medular secundaria a tratamiento con azatioprina; gangrena de Fournier y shock séptico.
- Tras la intervención quirúrgica permaneció conectada a ventilación mecánica las 24 horas de estancia en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, durante las cuales precisó politransfusión de concentrado de hematíes, plasma y plaquetas así como aplicación de HDFVVC para mantener diálisis. Más tarde se inicia perfusión de Noradrenalina en dosis progresivas que no logran recuperar la situación hemodinámica. Permanece febril y en fallo multiorgánico hasta su fallecimiento a las 23.50 horas del día 5 de marzo.

- Con fecha 24 de marzo de 2006 el Servicio de Hematología del Hospital ... emite un informe referido a la situación en la que se encontraba la paciente el día 4 de marzo de 2005 con ocasión del traslado interno del Servicio de Urgencias del citado Hospital al Servicio de Cirugía Plástica. El motivo del ingreso había sido la pancitopenia y el juicio clínico el siguiente: "Aplasia post quimioterapia en paciente con insuficiencia renal en fase pre-diálisis. Infección en zona genital y partes adyacentes".
- Con fecha 30 de marzo de 2006 el Servicio de Nefrología del Hospital ... emite un informe sobre el tratamiento dispensado a la paciente cuya consideración final es la siguiente: "Considero que ha sido diagnosticada correctamente de su afectación renal, mediante biopsia renal. Que la paciente estuvo informada en todo momento de la agresividad de su cuadro glomerular y aceptó el tratamiento inmunosupresor que está indicado en estos casos (con esteroides y ciclofosfamida IV en 2004). Presentó nuevo brote en Enero de 2005 por lo que se inició nuevamente tratamiento inmunosupresor el 02/02/2006 (sic) realizando controles hematológicos y renales sucesivos el 14/02/2005 y el 23/02/2005, manteniendo cifras hematológicas aceptables y esperables con el tratamiento. Pero con cualquier tratamiento inmunosupresor, aumenta el riesgo de infecciones oportunistas o la reactivación de focos infecciosos silentes. La gangrena de Fournier es un cuadro infeccioso extremadamente agresivo y prácticamente mortal de necesidad, incluso en ausencia de tratamiento inmunosupresor previo. Considero que en todo momento la paciente ha estado correctamente atendida y asistida".
- Con fecha 18 de abril de 2006 el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital ... emite un informe médico en el que, después de referirse a la interconsulta urgente solicitada por el Servicio de Hematología a las 14 horas del día 4 de marzo de 2005, por "sospecha de necrosis a nivel del labio mayor izquierdo que evoluciona tórpidamente" y de la valoración previa llevada a cabo por el

Servicio de Ginecología, en el apartado “Exploración” se afirma: “Dada la sospecha de necrosis profunda se habla con la familia y se decide la intervención quirúrgica”. El juicio clínico es el siguiente: “Infección necrotizante de partes blandas. Mionecrosis”.

El 26 de mayo de 2006 se emite “dictamen médico” por cuatro especialistas en Medicina Interna, doctores don ..., don ... don ... y don ..., en el que, tras realizar distintas consideraciones médicas sobre el cuadro clínico de la paciente y la atención médica recibida, se alcanzan las siguientes conclusiones:

1. Doña ... falleció por shock séptico y fracaso multiorgánico por una fascitis necrotizante debida a estafilococo meticilin resistente.
2. La enferma padecía una insuficiencia renal terminal debido a una glomerulonefritis rápidamente progresiva, secundaria a vasculitis que no había respondido a tratamiento con corticoides y ciclofosfamida y estaba pendiente de entrar en programa de hemodiálisis.
3. Para disminuir la dosis de mantenimiento de corticoides se añadió imurel al tratamiento antibiótico.
4. A los 26 días de iniciar el tratamiento con imurel la enferma presentó una hipoplasia medular. Hasta ese momento se habían hecho dos controles hematológicos que fueron correctos.
5. La hipoplasia medular por imurel aparece en el 2% de los casos y es dosis dependiente. El máximo efecto aparece a los 9-12 días. En esta enferma a los 14 días de tratamiento el hemograma era normal y a los 21 días, casi normal.
6. Cuando la enferma llegó a urgencias fue ingresada para observación y tratada desde el primer momento con antibióticos de amplio espectro.
7. Al día siguiente al ingreso se localizó la infección en labio mayor y tres días después fue intervenida al comprobar la falta de respuesta al tratamiento.

8. La actuación médica en este caso –sostiene el informe- fue correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*.

9. El fallecimiento de la enferma fue debido a la enfermedad crónica que padecía agravada por la infección favorecida por dicha enfermedad.

Trámite de audiencia

Conferido trámite de audiencia al reclamante, conforme a lo previsto en el artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y 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, se concedió un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase pertinentes, sin que hiciera uso de tal facultad.

Propuesta de resolución y acuerdo de suspensión del plazo 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 don ..., en nombre y representación de doña ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Por último, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea acordó el 28 de junio de 2006 suspender el plazo para resolver “hasta que se reciba el informe del Consejo de Navarra respecto de la citada reclamación”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios presentada por don ..., en nombre y representación de doña ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a doña 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 120.202,42 euros.

Por su parte, la 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 LRJ-PAC, 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, según 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, causalidad e imputación objetiva del daño

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (por ejemplo, dictámenes 33/2003, de 5 de mayo y 8/2006, de 20 de marzo), 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). Así mismo, 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.

Por otro lado, como también ha recordado recientemente el Tribunal Supremo (SSTS 21 de marzo de 2006 y 4 de marzo de 2006), no basta para dar lugar a la responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, siendo necesario, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el presente caso, nos encontramos con una paciente con antecedentes de tuberculosis en su juventud, gastritis, H pylori positivo, colelitiasis y probable insuficiencia mitral leve por prolapso que en el mes de febrero de 2004 fue diagnosticada de glomerulonefritis extracapilar rápidamente progresiva con ANCA positivos, secundaria a vasculitis, iniciándose el tratamiento correspondiente con corticoides y ciclofosfamida, al que no respondió, por lo que se inició el tratamiento con azatioprina apareciendo una pancitopenia. En el mes de noviembre de 2004 tuvo una sepsis por salmonella typhimurium. El día 28 de febrero de 2005 acudió al

servicio de urgencias por vómitos. El día 1 de marzo de 2005 la enferma se queja de un dolor vulvar siendo valorada por el Servicio de Ginecología que le diagnostica bartolinitis y probable absceso de labio mayor, recomendando continuar con el antibiótico y añadir hielo local. Al persistir la inflamación en los dos días siguientes, extendiéndose además al muslo derecho, se añade teicoplanina al tratamiento y se solicita consulta al Servicio de Cirugía Plástica el cual, ante la existencia de flictenas serohemorrágicas en labio mayor y eritema inginal y lesiones con aspectos de necrosis profunda, decide intervenir quirúrgicamente a la enferma encontrando intenso edema facial y de tejido celular subcutáneo con gran cantidad de exudado, necrosis extensas en tejido graso y fascias musculares y mionecrosis de músculo recto anterior de abdomen, oblicuos, gracilis, semimembranoso y semitendinoso. Además, durante la inducción de anestesia presenta hipotensión. Terminada la intervención quirúrgica, en la que se hace desbridamiento de los tejidos necrosados, la paciente es trasladada al Servicio de Cuidados Intensivos donde persiste la hipotensión, a pesar de la administración de líquidos, productos sanguíneos y drogas vasoactivas, con fiebre, apareciendo un fallo multiorgánico. Fallece a las 23.50 horas del día 5 de marzo.

A la vista de lo expuesto cabe concluir, con base en la documentación clínica e informes técnicos que constan en el expediente, que la actuación médica fue correcta por lo que el fallecimiento de la paciente no pudo tener como causa la atención médica prestada. Es más, la intervención quirúrgica se llevó a cabo de forma inmediata ante la gravedad del diagnóstico dado por el Servicio de Cirugía Plástica y la falta de respuesta al tratamiento antibiótico. La pésima y rápida evolución posterior fue debida a la gravedad de la infección que padecía y a su estado basal con una insuficiencia renal terminal. Por tanto, el fallecimiento no se pudo evitar, ni siquiera con la intervención quirúrgica.

Ante esta situación, distinta de la resuelta en el dictamen 26/2006, de 11 de septiembre, de este Consejo, no resulta necesario plantearse si la paciente fue informada a efectos de prestar su consentimiento para ser intervenida quirúrgicamente, ya que, como tiene declarado el Tribunal

Supremo, aunque hubiese existido falta de información a la paciente, ésta “no es *per se* una causa de resarcimiento pecuniario (no da lugar a una indemnización si no hay un daño derivado, evitable de haberse producido)” (SSTS 27 de septiembre de 2001 y 10 de mayo de 2006). Como se ha puesto reiteradamente de manifiesto, en el presente caso el fallecimiento no se pudo evitar ante la gravedad de la infección que padecía.

III. CONCLUSIÓN

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

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.