

Expediente: 25/2007

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

Dictamen: 28/2007, de 23 de julio

DICTAMEN

En Pamplona, a 23 de julio de 2007,

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 28 de junio de 2007 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del cual, 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 don ..., en nombre y representación de doña ... y don ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su hija doña

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 79/2007, de 22 de junio, de la Consejera de Salud, por la que se ordena solicitar dictamen preceptivo

de este Consejo, se suspende el plazo para la resolución durante el periodo que el Consejo de Navarra necesite para emitir informe y se notifica la Orden Foral a los interesados.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito presentado el día 27 de julio de 2006 en el Registro General del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, don ..., en nombre y representación de doña ... y don ..., formula “reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria por el fallecimiento de la niña ... y se reconozca el derecho de los padres reclamantes a ser indemnizados por la totalidad de los daños y perjuicios sufridos en la cantidad de (ciento ochenta mil euros) 180.000 euros”.

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

Doña ... en el transcurso de su tercer embarazo se le detectó diabetes gestacional, presentando también placenta previa, por lo que el parto debería ser por cesárea programada.

El día 1 de agosto de 2005, cuando se encontraba en la 31+5 semanas de gestación, doña ... ingresó en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital ... por presentar sangrado vaginal. Tras cese de metrorragia se le instauró tratamiento tocolítico y se indujo la maduración pulmonar del feto mediante corticoides.

El día 19 de agosto de 2005 la gestante avisó por sangrado y se inició a las 20 horas monitorización para control fetal y dinámica uterina, evidenciándose un sangrado mayor y cierta irritabilidad uterina, lo que dio lugar a la práctica de una cesárea urgente.

El parto tuvo lugar a las 21:55 horas de ese mismo día, y “presentó complicaciones quirúrgicas graves, por extrusión de la placenta en la incisión del útero que impidió la aplicación de forceps”. Se extrajo una niña, Amaia, a

la que, tras una primera valoración pediátrica, se estimó que su estado era satisfactorio, por lo que se procedió a la esterilización quirúrgica de la madre.

Al decir del escrito, “El estado de salud de la niña era malo. Tenía dificultad para determinar la tensión arterial, por lo que se la ingresó en Cuidados intermedios y se la colocó en incubadora. Aquí se detectó una acidosis metabólica grave, una baja saturación de oxígeno y seguían sin poder determinar la tensión arterial, por lo que se la ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Durante su ingreso en la UCIN, su evolución no fue satisfactoria. A las 40 horas de vida, la niña falleció a consecuencia del shock hipovolémico refractario al tratamiento intensivo con líquidos y drogas inotropas, así como del cierre renal desde el nacimiento”.

El reclamante invoca los artículos 43 de la Constitución, que reconoce 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; 28.1.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 –debe entenderse que es el artículo 38-; 12.3 y 16. b) de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud; 106 de la Constitución y 139 y siguientes de la Ley 30/1992, 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 familia reclamante ascienden -a juicio de su representante- a la cantidad de 180.000 euros.

Al escrito de reclamación se acompaña el poder para pleitos otorgado por doña ... y don ... a favor de don ...; el informe médico de 31 de agosto de 2005 del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital ...; y, el informe médico de 14 de octubre de 2005 del Servicio de Neonatología, también del citado Hospital.

Instrucción del procedimiento e informes

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación, fechada el 21 de agosto de 2006, a don ...e admitiendo a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, con número de expediente 6044/2006, nombrando instructora del procedimiento e informando al interesado que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución era de seis meses a contar desde el día 27 de julio de 2006.

Iniciada la instrucción, se solicitó a la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria copia de la documentación clínica de doña ... y de su hija 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:

- Doña ..., de 39 años, con diabetes gestacional, era gestante de 31+5 semanas cuando ingresó en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital ... el 1 de agosto de 2005 por metrorragia.
- Tras cesar la metrorragia se le instauró tratamiento tocolítico profiláctico. Se indujo maduración pulmonar del feto mediante corticoides (1ª dosis, el día 1/08/2005; 2ª dosis, el día 2/08/2005). Ante adinamia y feto reactivo se optó por "pauta expectante por edad gestacional".
- Las ecografías para control biométrico y placentarios fueron normales con diagnóstico de placenta previa oclusiva anterior (ya conocida) y biometrías fetales correspondientes con la edad gestacional.
- El día 19 de agosto de 2005 la paciente avisa por sangrado. Según se afirma en el informe de aquel Servicio, de fecha 31 de agosto de 2005, "se inicia monitorización a las 20 horas para control fetal y de dinámica uterina. Se objetiva sangrado menor que una regla aunque en cantidad mayor que en ocasiones anteriores así como cierta irritabilidad uterina. Ante feto mayor de 34 semanas con

maduración pulmonar previa, persistencia del sangrado y de la dinámica uterina se indica cesárea urgente para extracción fetal. Se reservan 4 concentrados de hematíes para tratamiento de posibles complicaciones y se firma consentimiento informado para una eventual transfusión materna si fuera necesario. Se comprueba consentimiento informado de ligaduras de trompas firmado por la paciente durante su ingreso en planta. Parto a las 21:55 tras complicación quirúrgica grave. Extracción fetal trasplacentaria muy dificultosa por extrusión de la placenta en histerotomía que impide la aplicación de forceps. Se resuelve el cuadro con histerotomía en "T" inversa. Se efectúa esterilización quirúrgica".

- Evolución de la paciente: "Ha presentado una evolución sin complicaciones. Tras conocerse el mal pronóstico de la recién nacida se le ofreció a la paciente y a su marido apoyo mediante consulta a psiquiatría que aceptaron".
- En cuanto al parto (cesárea urgente por metrorragia), según se señala en el Informe del Servicio de Neonatología del Hospital ..., de fecha 14 de octubre de 2005, "se realiza bajo anestesia raquídea. Presentación cefálica. Rotura de membranas intraoperatoria con líquido amniótico hemorrágico. La placenta pesa 375 g. y el cordón mide 60 cm. y presenta una circular en bandolera. El Apgar del recién nacido es de 3 y 7 al 1º y 5º minutos de vida, requiere oxigenoterapia y ventilación con mascarilla para su reanimación inicial y es trasladada al Servicio de Neonatología".
- La recién nacida ingresa en Cuidados Intermedios procedente del quirófano maternal y se le coloca en una incubadora. "Hay dificultad para la toma de constantes. Se realiza un equilibrio ácido-base en el que hay una acidosis mixta grave, requiere una FiO2 de 0,6 para mantener una saturación tolerable y no se puede determinar la tensión arterial, por lo que se ingresa en UCIN. A su ingreso la coloración es pálido-grisácea, con livideces y se continúa sin poderse determinar la TA. Los tonos cardíacos son imperceptibles,

sin embargo la Hb Sat O2 es del 97%, aunque con bradicardia. Se administra Atropina intramuscular, se intuba por vía nasotraqueal y se ventila con ambú inicialmente y posteriormente se pone en ventilación convencional. Se administran 2 dosis de 0,2 cc de Adrenalina por tubo endotraqueal, con lo que la frecuencia cardiaca se normaliza. Se canalizan vasos umbilicales y se inicia reposición de volemia. Inicialmente se administran cristaloides y posteriormente concentrados de eritrocitos y soluciones coloides. Al mismo tiempo se inicia perfusión de drogas inotropas (dopamina, dobutamina y adrenalina) en dosis progresivamente crecientes. Se instaura antibioterapia profiláctica tras manipulación de vasos umbilicales. Dado el componente metabólico de la acidosis se administra una perfusión continua de bicarbonato. En los exámenes complementarios se detecta tiempos de protrombina y Cefalina-Kaolín prolongados, por lo que se administra plasma fresco congelado. A lo largo de las primeras horas de vida no se detecta tensión arterial, por lo que se perfunden altas dosis de agentes dopaminérgicos, consiguiendo así determinaciones de tensión arterial durante unas horas, para volverse posteriormente indetectable”.

- “Durante el primer día de vida se perfunden de forma continuada transfusiones de concentrado de eritrocitos, plasma fresco congelado, seroalbúmina, bicarbonato, suero fisiológico y suero glucosado. A lo largo de la evolución, la niña presenta anuria rebelde a la reposición de volumen, lo que origina hiperkaliemia progresiva. A las 24 horas de vida presenta movimientos clónicos de las extremidades, por lo que se administra agentes anticonvulsionantes, inicialmente Fenobarbital y posteriormente percusión continua de Midazolam. Fallece a las 40 horas de vida a consecuencia del shock hipovolémico refractario a tratamiento intensivo con líquidos y drogas inotropas, así como cierre renal desde el nacimiento”.

- Los padres concedieron autorización para realizar la necropsia en la que se comprobó la ausencia de malformaciones y hallazgos compatibles con shock. La anatomía patológica de la placenta mostró un desgarro amplio a nivel de la placa corial que afectaba a vasos de gran calibre de la cara fetal.
- El día 24 de noviembre de 2006, el facultativo especialista de área (f.e.a.) del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital ..., emitió un informe clínico sobre la conducta obstétrica realizada a doña ... en el que, después de ofrecer algunos datos bibliográficos sobre el “diagnóstico de placenta previa”, “tratamiento expectante” y la “dinámica dolorosa” de parto, concluye que la atención clínica prestada a la paciente “entra dentro de la *lex artis* como ha quedado documentado en la exposición de los hechos. La complicación quirúrgica de la intervención cesárea se deriva de la propia intervención y no del anormal funcionamiento del Servicio Navarro de Salud. La complicación de la intervención cesárea se debe a la placentación anómala (placenta previa anterior)”.

El 3 de febrero de 2007 se emitió “dictamen médico” por dos especialistas en Obstetricia y Ginecología, doctores doña ... y don ..., en el que, después de resumir los hechos, realizar distintas consideraciones médicas sobre el cuadro clínico de la paciente y la atención médica recibida, se alcanzan las siguientes conclusiones:

“1.- El nacimiento de ... se produjo en la semana 34+3 mediante cesárea urgente por placenta previa oclusiva total. La realización de la intervención fue muy complicada por la dificultad en la extracción del feto a través de la placenta.

“2.- ... falleció a las 40 horas de vida por shock hipovolémico refractario a tratamiento. El shock se debió directamente a la complicación surgida en la cesárea.

“3.- La actuación de los facultativos que atendieron a Dña ... durante el ingreso en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del H. ... de ... fue

correcta y ajustada a lo protocolizado en el manejo de la patología presentada por la paciente.

“4.- La actuación de los facultativos que practicaron la cesárea a Dña ... fue correcta encontrándose durante la realización de la misma con una incidencia imprevisible e inevitable que complicó su ejecución y fue la causante de la hipovolemia y la hipoxia fetal.

“5.- La actuación de todos los facultativos que atendieron a Dña ... fue correcta, adecuada a los protocolos existentes y acorde a lex artis ad hoc si bien el fallecimiento de la recién nacida se debió exclusivamente a las circunstancias acontecidas durante el parto”.

El 8 de febrero de 2007 se emitió “dictamen médico” por tres especialistas en Pediatría, doctores doña ... doña ... y don ..., en el que, después de resumir los hechos, realizar distintas consideraciones médicas sobre el cuadro clínico de la paciente y la atención médica recibida, se alcanzan las siguientes conclusiones:

“1. La niña ... nació a las 34 semanas + 4 días de gestación mediante cesárea urgente por placenta previa oclusiva total. La realización de la intervención fue muy complicada por la dificultad en la extracción del feto a través de la placenta. Tras su nacimiento se trasladó de forma inmediata al Servicio de Neonatología, donde se comprobó situación de extrema gravedad, con shock hipovolémico muy grave. Se inició tratamiento agresivo con todos los medios disponibles, a pesar de lo cual la paciente falleció a las 40 horas de vida con el diagnóstico principal de shock hipovolémico refractario a tratamiento. Los resultados de la necropsia confirmaron ese diagnóstico.

“2. La mortalidad perinatal asociada a la existencia de placenta previa es tres veces más elevada que en los casos en los que esta grave complicación no está presente. En ello participan la prematuridad, anemia, sangrado, etc. En este caso, la dificultad en la extracción del feto fue además un agravante añadido a la gravísima situación presentada por la recién nacida.

“3. La actuación de los facultativos que atendieron a la paciente fue correcta, ajustada a protocolos y acorde a lex artis”.

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 (en adelante, RPRP), 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 fecha 5 de junio de 2007, de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don ..., en nombre y representación de doña ... y don ... “por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios”.

Por último, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea acordó el 6 de junio de 2007 suspender el plazo para resolver “hasta que se reciba el informe del Consejo de Navarra respecto de la citada reclamación”.

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 don ..., en nombre y representación de doña ... y don ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su hija, 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 de la 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 a la hija de los recurrentes, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el principio de audiencia y el derecho de defensa que corresponde a los reclamantes otorgándoles la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, propiciando la formulación de alegaciones y presentación de documentos que estimaran

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. Prevista 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 todos, dictamen 24/2007, de 25 de junio), 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, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios (STS 22 de diciembre de 2006); todo ello con independencia 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.

En el presente caso, la reclamación tiene su fundamento en que el fallecimiento de la niña e hija de los reclamantes, doña ..., es consecuencia del funcionamiento anormal del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea.

Ante tal imputación, el facultativo especialista de área (f.e.a.) del Servicio de Obstetricia y Ginecología, en el Informe de fecha 24 de noviembre de 2006, advierte de la dificultad del cuadro clínico derivado del diagnóstico de placenta previa, concluyendo que “la complicación quirúrgica de la intervención cesárea se deriva de la propia intervención y no del anormal funcionamiento del Servicio Navarro de Salud. La complicación de la intervención cesárea se debe a la placentación anómala (placenta previa anterior)”.

Frente a los argumentos ofrecidos por la Administración Sanitaria, la parte reclamante no presenta principio de prueba alguno que apoye su afirmación inicial de que el fallecimiento de su hija, doña ..., se produjo como consecuencia del funcionamiento anormal del Servicio Navarro de Salud y que hubiese fundado justamente la reclamación. Ni tampoco ha formulado alegación alguna, en el trámite de audiencia, al contenido de los informes médicos que figuran en el expediente.

Por otro lado, los dictámenes solicitados por la Administración Sanitaria y que obran en el expediente resultan inconcusos. Sus conclusiones han sido recogidas en la primera parte de este escrito. Ahora sólo resta recordar que, respecto a la actuación del Servicio de Obstetricia y Ginecología, el informe de la asesoría médica señala que “la actuación médica en el manejo de la patología presentada (placenta previa en gestación pretérmino) se ajustó estrictamente a lo protocolizado” y que “la dificultad en la extracción del feto fue una incidencia imposible de prever y evitar. A pesar de actuar correctamente, las consecuencias fueron dramáticas”. En cuanto a la actuación del Servicio de Neonatología el informe precisa que “en este caso, la asistencia efectuada a la recién nacida fue impecable, a pesar de lo cual no pudo recuperarse del profundo shock desarrollado”. En conclusión, la actuación médica en el caso examinado, a juicio de los informantes, fue la correcta y acorde a la *lex artis*.

En definitiva, no existe criterio de imputación alguno que haga derivar la responsabilidad a la Administración Sanitaria, ni relación de causalidad entre el fallecimiento de la hija de los reclamantes y la actuación de los profesionales que la atendieron.

III. CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don ..., en nombre y representación de doña ... y don ..., en solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados de asistencia sanitaria, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.