

Expediente: 30/2007

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

Dictamen: 35/2007, de 3 de septiembre

DICTAMEN

En Pamplona, a 3 de septiembre de 2007,

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 Enrique Rubio Torrano,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 31 de julio de 2007 tuvo entrada en este Consejo 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, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN)- se recaba la emisión del preceptivo dictamen sobre responsabilidad patrimonial, formulada por don ..., en nombre y representación de don ..., don ..., doña ..., doña ... y doña ..., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de doña ... y derivados de la asistencia sanitaria prestada a la misma.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 95/2007, de 27 de julio, de la Consejera de Salud, por la que se ordena solicitar dictamen preceptivo de este Consejo, suspender el plazo para la resolución durante el periodo

que el Consejo de Navarra necesite para emitir informe y notificar la Orden Foral a los interesados.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito de fecha 19 de enero de 2007, con entrada el 22 de enero en el Registro General del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, don ... formuló, en nombre de sus representados, reclamación de indemnización de daños y perjuicios, por un importe de 200.000 euros, por el anormal funcionamiento de los Servicios Sanitarios que llevaron al fallecimiento de doña ..., esposa y madre de los reclamantes.

La reclamación descansa en la afirmación que -sobre los hechos que relata- “los daños y perjuicios se han producido y han quedado individualizados en el fallecimiento de doña ... por anormal funcionamiento del SNS”.

Instrucción del procedimiento e informes

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con fecha 23 de enero de 2007, acordó admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, con número de expediente 7343/2007, nombrar instructora del procedimiento e informar al interesado que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución es de seis meses a contar desde el día 22 de enero de 2007.

Por la instructora se solicita de la Subdirección C.A. Ambulatoria, historia clínica completa de doña ... desde el año 2004.

De la documentación clínica aportada, cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos, los siguientes extremos:

- Doña ..., de 58 años de edad, ingresa el 24 de junio de 2002 en el Servicio de Urgencias del Hospital ... refiriendo que hace aproximadamente un mes presenta sensación de “estorbo” retroesternal con ingesta de líquidos y sólidos, sin alteración en el

ritmo deposicional. Tras la correspondiente exploración y estudios complementarios de laboratorio, se considera que la paciente presenta “disfagia”. El 17 de julio de 2002 se lleva a cabo una gastroscopia, en el Servicio de Digestivo del Hospital ..., cuyo diagnóstico endoscópico es “cardias incompetente”; una vez realizadas la exploración física y otras complementarias se concluye que la paciente padece “enfermedad por reflujo gástrico”.

- El 30 de diciembre de 2002 acude al Servicio de Urgencias del Hospital ... refiriendo deposiciones diarreicas líquidas y de color amarillento, con dolor abdominal, tipo rayadas, previo a la diarrea. Se le practica exploración física y los correspondientes estudios complementarios de laboratorio, así como una radiografía de tórax. El juicio clínico es “gastroenteritis”. Se prescribe una determinada dieta y “efferalgan”. El Servicio de Digestivo del Centro de Consultas “ ...” solicita una colonoscopia, si bien con posterioridad se le comunica que la paciente prefiere no efectuarse dicha exploración, a la vista de lo cual el citado Servicio lamenta “no poder emitir diagnóstico ni tratamiento”. Doña ... acude el 26 de enero de 2003 al Servicio de Psiquiatría del Hospital ... donde, tras la oportuna exploración, se le diagnostica “trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos”. Se le prescribe “rexer” y “orfidal wyeth” y recomienda acudir a su psiquiatra habitual para control. Se solicita TAC craneal, que resulta normal; se plantea ingreso, que la familia rechaza.
- El 17 de junio de 2003 se le realiza una biopsia, a la vista de la cual el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital ... diagnostica “mucosa de colon con inflamación aguda y crónica y ligeros signos regenerativos (recto sigma)”. El Servicio de Digestivo del Hospital ..., a la vista de las exploraciones llevadas a cabo, emite juicio clínico del siguiente tenor: “colon irritable; discretas hemorroides internas” (informe de 11 de agosto de 2003).

- El 25 de febrero de 2004 ingresa en el Servicio de Urología del Hospital ... para estudio de un único episodio de hematuria monosintomática. Se realizan la pertinente exploración y estudios complementarios tales como Rx de aparato urinario, ecografía renal y vesical y analítica diversa. El 5 de marzo de 2004 se le realiza una urografía intravenosa con el siguiente hallazgo clínico: "hematuria; hallazgo de tumor de vejiga que engloba meato uretral dcho.; valorar afectación de vía superior del lado dcho."
- Una vez obtenidos los correspondientes consentimientos informados y realizada la preparación pertinente, dado el tumor vesical que presenta, ingresa en Urología del Hospital ... para tratamiento quirúrgico endoscópico el día 19 de abril, siendo dada de alta el 21 siguiente, con el juicio clínico: "tumor transicional vesical", estando pendiente al alta el resultado de la anatomía patológica. El informe anatomopatológico ofrece "tumor superficial difuso con displasia en 3 de las 6 biopsias".
- El 27 de junio acude al Servicio de Urgencias del Hospital ... por infección urinaria. Se diagnostica displasia epitelial y se solicitan estudios complementarios: en particular, BMN, para lo que ingresa el 12 de julio, procediéndose a la cistoscopia y BMN; el postoperatorio evoluciona sin incidencias destacables y el juicio clínico es de "displasia urotelial". En una nueva citología realizada el 27 de julio de 2004, el diagnóstico es: "citología de orina nº 3 con intensa inflamación aguda, hematuria, cambios reactivos epiteliales inespecíficos"; en el informe que se emite tras esta exploración se incorpora una nota del tenor siguiente: "dado que la muestra citológica fue remitida pocos días después de realizado estudio cistoscópico, si clínicamente lo consideran necesario, recomendamos nuevas tomas transcurrido un tiempo".
- Tras nuevas exploraciones, el 17 de noviembre de 2004 se efectúa una nueva citología con el resultado siguiente: "citología de orina con microhematuria, cambios degenerativos y reactivos y células

sugestivas de displasia urotelial; nota: se recomienda seguimiento citológico de la paciente”.

- La paciente vuelve a ingresar el 26 de diciembre de 2004 en el Servicio de Urología del Hospital ..., tras la preparación pertinente y con el oportuno consentimiento informado, para una RTU vesical, al habersele detectado una pequeña recidiva vesical cuya extirpación se pretende. Se le interviene al día siguiente, teniendo un postoperatorio sin incidencias. En el informe anatomopatológico recibido el 27 de diciembre de 2004 se lee: “carcinoma papilar de células uroteliales de bajo grado de malignidad que infiltra focalmente el corion subyacente”.
- El 19 de abril de 2005 y tras los pertinentes consentimientos informados se lleva a cabo en el Servicio de Urología del Hospital ... raquianestesia RTU y BMN. Realizados los estudios anatomopatológicos, se detecta “displasia grave en cara anterior”, recomendándose “instilaciones con BCG”. El 23 de mayo de 2005 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital ..., una vez que le han administrado una instilación de BCG, al tener síntomas de fiebre alta; tras la exploración física oportuna, la radiografía de tórax y los estudios complementarios de laboratorio, se le da de alta el día siguiente.
- El 29 de junio de 2005 se le hace una radiología simple de tórax, concluyendo que la “imagen de corazón y pulmones (se encuentra) dentro de la normalidad”. El 28 de julio de 2005 ingresa en el Servicio de Urología del Hospital ... para que se le realicen biopsias múltiples, previos los estudios oportunos y la suscripción de los correspondientes consentimientos informados. Se le da de alta el día siguiente; en el informe complementario a la misma, se dice que a resultas del informe anatomopatológico “ha desaparecido la displasia grave” (informe del Servicio de Urología del Hospital ..., de 5 de agosto de 2005).

- En una nueva citología sobre fluidos urinarios realizada el 12 de diciembre de 2005, el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital ..., en la descripción microscópica, afirma: “fondo sucio con leucocitos polimorfonucleares, aislados hematíes, células de epitelio plano y células uroteliales con marcados signos degenerativos; no se observan células tumorales”. Y en el diagnóstico se indica: “citología de orina sin tumor”.
- El 26 de enero de 2006 acude al Servicio de Urología del Hospital ... señalando que desde hace 10 días tiene dolor en fosa renal izquierda por lo que acude a Urgencias, observándosele hinchada la pierna izquierda y el abdomen. Tras la correspondiente exploración, se emite el siguiente juicio clínico: “hidronefrosis; insuficiencia renal”. En la ecografía que se le hace se apunta el siguiente diagnóstico clínico: “sospecha de recidiva de neo.vesical pendiente de RTU en febrero”.
- Una vez llevadas a cabo las correspondientes pruebas pre-operatorias y obtenidos los pertinentes consentimientos informados, el 7 de febrero de 2006 se le practica la intervención RTU vesical. El 15 de febrero de 2006 desde la consulta se remite a la paciente al Servicio de Urología; refiere doña ... “molestias importantes a nivel de hipogastrio con polaquiuria y sd miccional”. De momento –se recoge en el informe médico- “indicamos ingreso para control, colocamos sonda vesical para medir diuresis, solicito analítica y administramos analgesia”. El 17 de febrero de 2006 se le efectúa una ecografía con la siguiente conclusión: “hidronefrosis derecha, sin demostrar causa obstructiva, aconsejando realización de TC; moderada ectasia en riñón izquierdo, sin dilatación de ambos uréteres”. El 21 del mismo mes y año se le da de alta, citándosele para la realización del TAC el 6 de marzo. Se le vuelve a explorar el 22 de febrero de 2006 por referir molestias en el hipogastrio, colocándosele una sonda vesical. El 6 de marzo se le practica una tomografía computarizada, a partir de la cual se emite la siguiente conclusión: “discreta hidronefrosis bilateral de ambos riñones, más

evidente en el lado derecho, sin apreciarse mediante esta técnica patología retroperitoneal que justifique dicho cuadro”.

- La paciente acude el 8 de marzo de 2006 al Servicio de Urología del Hospital ... para revisión tras RTU y TAC; se le practican exploraciones complementarias con el siguiente diagnóstico anatomopatológico: “carcinoma de células uroteliales, con rasgos de carcinoma plasmocitoide, que infiltra la submucosa sin infiltrar el músculo liso en el material remitido; lesiones asociadas de Adenoma nefrogénico (GIII T1)”. A la vista de todo ello, se le plantea a la paciente cistectomía con Camey.
- Tras la correspondiente preparación y realización de las pruebas preoperatorias, una vez obtenidos los pertinentes consentimientos informados, el 22 de marzo de 2006 se lleva a cabo la cistectomía radical con derivación cutánea (Bricker) en el Hospital En el informe anatomopatológico derivado de la biopsia realizada el 29 el diagnóstico de las muestras A, B y C hace referencia a “carcinoma de células uroteliales con rasgos de carcinoma plasmocitoide”. El 15 de abril se le da de alta, si bien la paciente es reacia a salir del Hospital y se encuentra depresiva.
- Procedente de Urgencias, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital ... el 23 de abril de 2006 por shock séptico de origen urológico; se le practican estudios complementarios de coagulación, bioquímica, orina, Rx tórax y cultivo de sangre. Pasa a planta para cuidados compartidos con medicina interna y es dada de alta el 4 de mayo de 2006. En la unidad de Medicina Nuclear del Hospital ... se efectúa el 4 de mayo de 2006 un rastreo óseo completo de la paciente y se concluye: “enfermedad metastásica focal múltiple”; el Servicio de Radiología del mismo Hospital le practica una exploración radiológica de la pelvis el día 5 de mayo con la siguiente descripción: “imagen osteolítica con patrón permeativo y probable rotura de la cortical en rama isquiopubiana

que, dados los antecedentes de la paciente, es compatible con metástasis”.

- En el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital ... se le administró tratamiento paliativo sobre la lesión ósea púbica y la rama isquiopubiana izquierda durante los días 5 al 12 de mayo de 2006, en el transcurso del cual la paciente empeoró y, valorada por la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios, se suspende el tratamiento y se inicia sedación en domicilio. Doña ... falleció el 16 de junio de 2006.

El informe del proceso de doña ... remitido por el Jefe del Servicio de Urología ... a la instructora del procedimiento, fechado el 1 de febrero de 2007, concluye con los siguientes términos: “el manejo de esta paciente ha sido en todo momento el correcto y siempre siguiendo los protocolos del Servicio que no son otros que los de las Asociaciones Europea y Española de Urología: instilaciones vesicales mientras la enfermedad es superficial y cistectomía ante la presencia de un infiltrante o cuando la evolución clínica y nº de recidivas lo aconsejen”.

La instructora del procedimiento plantea al jefe del Servicio de Urología ... algunas cuestiones sobre la asistencia prestada a doña En particular, las siguientes. ¿Es correcta la apreciación que consta en el informe 5/08/05 según la cual “había desaparecido la displasia grave”? Esta es su respuesta: “el que las muestras estuvieran artefactadas no implica que no pueda afirmarse que no existían signos de malignidad, como así consta en el informe anatomopatológico; además la cistoscopia de 29-7-05 (día en que se obtienen las biopsias) muestra una mucosa normal salvo una pequeña área en cara lateral derecha de aspecto inflamatorio-equimótico; este tipo de lesiones es casi constante tras recibir instilaciones con BCG; es decir, que es correcta la apreciación de que «había desaparecido la displasia grave»”. ¿Es correcto no citarla hasta seis meses más tarde? Y sobre todo, ¿se podía haber detectado antes el tumor vesical? Respuesta: “se siguieron los protocolos del servicio para tumores superficiales de vejiga: pT1G2

(28-4-04), pT1G1 (11-1-05) y pT0 (3-8-05); es decir, si de algo pudiera acusarnos, es de sobretratamiento ya que hasta la biopsia de 23-2-06 no aparece el pT1G3, momento en el que se toma la decisión de cistectomía, no tanto por la biopsia, sino por los síntomas miccionales y la hidronefrosis, que con TAC normal, nos induce a pensar en efectos secundarios de la BCG y RTU previas; el hallazgo de tumor extravesical solo pudo ponerse en evidencia con la cirugía; y es claro que no podía detectarse el tumor extravesical antes de la cirugía como lo demuestra el TAC de 6-3-06”.

El 27 de marzo de 2007 se emite “dictamen médico” realizado por el Dr. ... Jefe del Servicio de Urología del Hospital ... de Madrid, en el que, tras realizar distintas consideraciones médicas sobre la enfermedad de la paciente y sus correspondientes tratamientos según las fases de evolución, se contienen las siguientes conclusiones:

- La paciente fue diagnosticada en marzo de 2004 en el H. de Navarra de un tumor de vejiga, solicitando ser tratada en el H.
- En abril del 2004 en el H. ... se le realizó una RTU (resección transuretral) de la neoformación y BMN (biopsias múltiples normalizadas) de la mucosa vesical. El informe patológico fue de carcinoma urotelial G2 T1 (riesgo intermedio de recidiva-progresión) con displasia urotelial grave en una de las biopsias.
- Siguiendo las recomendaciones de la Guía Clínica de la Asociación Europea de Urología (AEU) del 2002 se le realizó una instilación intravesical con Mitomicina C antes de ser dada de alta (disminuye un 50% el riesgo de recidiva).
- De forma correcta al asociarse al tumor superficial de riesgo intermedio una displasia se consideró como tumor de alto riesgo y se pautó profilaxis de la recidiva-progresión con B.C.G., también siguiendo las recomendaciones de la Guía Clínica de la AEU de 2002.

- De forma correcta y como indican las GC de la AEU se realizó a los 3 meses (julio-04) cistoscopia y biopsias vesicales múltiples (BMN), con el resultado de ausencia de neoformación y de displasia vesical.
- Ante estos hallazgos, de forma correcta, se pautó seguimiento en 6 meses.
- En nov-04 se detectó recidiva vesical superficial en la cistoscopia por lo que en Dic-04 se realizó nueva RTU. Se detectó un carcinoma vesical G1 T1 (riesgo intermedio de recidiva-progresión). Se realizó instilación intravesical con Mitomicina C antes del alta y se pautó de acuerdo con las CG de la AEU del 2002 profilaxis de la recidiva-progresión con Mitomicina C.
- A los 4 meses (abril-05) se realizó cistoscopia y BMN de control observándose displasia grave, por lo que se pautó de forma correcta nueva profilaxis con BCG.
- A los 3 meses (julio-05) se realizó nuevo control con cistoscopia y BMN, aunque 3 de las muestras estaban “muy artefactadas por avería técnica en el procesamiento” el patólogo emitió informe “sin signos de malignidad”.
- Generalmente cuando los Patólogos no tienen material suficiente o no pueden llegar a un diagnóstico fiable con la biopsia remitida, no suelen dar un diagnóstico e informan con una frase similar a: “Material insuficiente para realizar un diagnóstico correcto, rogamos el envío de nueva muestra de tejido”. En este caso a pesar de las deficiencias en 3 muestras el Patólogo emitió un diagnóstico de ausencia de malignidad, sin requerir más tejido. Por lo tanto, consideró el tejido y la calidad del mismo suficiente para emitir dicho diagnóstico. En base a esto podemos interpretar que en las biopsias de julio-05 no existía tumor y, que por lo tanto, no hubo ninguna demora en el diagnóstico.

- A los 6 meses (enero-06), de forma correcta, se realizó nuevo control cistoscópico detectándose tumoración vesical por lo que en febrero-06 se practicó RTU. El informe patológico diagnosticó un carcinoma de células uroteliales con rasgos de carcinoma plasmocitoide que no infiltraba el músculo y presentaba lesiones asociadas de adenoma nefrogénico (G3, T1).
- El carcinoma plasmocitoide es una variedad muy infrecuente y agresiva del carcinoma urotelial. De forma correcta se realizó un estudio de extensión tumoral (ecografía y TAC) observándose hidronefrosis pero no metástasis a distancia y se indicó como tratamiento cistectomía radical.
- La cistectomía se realizó al mes siguiente (marzo-06) con el resultado patológico de un carcinoma de células uroteliales con rasgos de carcinoma plasmocitoide estadio T3 con infiltración de trompa de Falopio y ovario.
- Al mes siguiente y estando de alta presentó un cuadro séptico de origen urológico que precisó su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. En este momento se realizó un nuevo TAC observándose metástasis óseas, por lo que fue tratada con radioterapia paliativa.
- La enfermedad metastásica se considera incurable y los distintos tratamientos (quimioterapia o radioterapia) utilizados no han demostrado ninguna mejora en la supervivencia.
- A pesar de la cistectomía el 50% de los pacientes fallecerán por el tumor de vejiga en los próximos 2-3 años, debido a que en el momento de la cirugía ya existían micrometástasis (afectación de otros órganos de pequeño tamaño no detectables por las pruebas diagnósticas de imagen actuales) que evolucionarán posteriormente.

- La actuación de todos los Profesionales implicados fue totalmente correcta, ajustándose al “estado del arte” de la medicina (Guías Clínicas de la Asociación Europea de Urología del año 2002) y cumpliendo en todo momento con la “Lex Artis ad hoc”.

El 5 de junio de 2007 la médico adjunto del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital ... remite a la instructora del procedimiento unas manifestaciones en relación con el documento de julio de 2005 (en el que se recogía que la mayoría de las muestras estaban artefactadas por una avería técnica en el procesamiento), del tenor siguiente: “1. Que de esta biopsia (biopsias múltiples), sólo la mitad de las muestras estaban artefactadas. 2. El hecho de que estuvieran artefactadas no tuvo incidencia con un alto grado de probabilidad en el diagnóstico de benignidad de la muestra. 3. Prueba de ello es que la citología de orina practicada 6 meses más tarde únicamente en la primera toma de las 3 realizadas durante 3 días seguidos mostró solo aisladas células atípicas en la primera, no encontrándose ni en la segunda ni en la tercera. Estos hechos vienen apoyados por el estudio por técnica de FISH realizado sobre citología de orina, y realizada en las mismas fechas, que predice la recidiva y que resultó negativa. 4. Confirmando el diagnóstico emitido en dicho informe anatomopatológico”. A la vista de estas manifestaciones, se remiten las mismas al especialista informante, Dr. ..., el cual se ratifica en todas las conclusiones emitidas en su informe previo, aseverando que “es prácticamente imposible que existiera un retraso en el diagnóstico del tumor de vejiga ya que si en julio-2005 no se hubiera diagnosticado un carcinoma ya existente, a los 6 meses la citología y la FISH hubieran dado positivas con una seguridad casi del 100%”.

Trámite de audiencia

Conferido trámite de audiencia a los reclamantes, de conformidad con 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 pertinente.

Con fecha 5 de julio de 2007 y a la vista de que se habían incorporado al expediente nuevos documentos, el letrado que defiende los intereses de los recurrentes retira copias de aquéllos.

Propuesta de resolución y acuerdo de suspensión del plazo de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico del que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don ..., en nombre de sus representados, por daños y perjuicios derivados del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Por último, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea acordó el 18 de julio 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.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 ..., derivados de la asistencia sanitaria que se le prestó a la esposa y madre de sus representados. Nos encontramos, 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 esposa y madre de los reclamantes, constanding además informes médicos suficientes –algunos de ellos, aparecen sin firma del autor- para valorar la misma; y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a los reclamantes, otorgándoles la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, propiciando la presentación de alegaciones -que no se produjeron- y la recepción de documentos nuevos, 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 de la LRJ-PAC 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, 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).

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, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios (así, STS –Sala Tercera, Sección Sexta- de 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.

El reclamante, en su escrito iniciador del procedimiento, no especifica en qué aspecto hubo un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios y dónde pudo estribar la mala praxis asistencial prestada a la paciente. Por lo tanto, tampoco ofrece principio de prueba alguno en el que apoyar su reclamación. Parece, a tenor de los hechos que se exponen en la reclamación, que se quiere significar la transcendencia del informe de 5 de agosto de 2005 del Servicio de Urología del Hospital ... en el que a la vista del informe anatomopatológico consecuente con las biopsias llevadas a cabo se dice que “ha desaparecido la displasia grave”.

Como hemos dejado recogido en la exposición de hechos, la instructora del procedimiento había planteado al Jefe del Servicio de Urología ... algunas cuestiones sobre la asistencia prestada a doña En particular, las siguientes: ¿Es correcta la apreciación que consta en el informe 5/08/05 según la cual “había desaparecido la displasia grave”? Esta fue su respuesta: “el que las muestras estuvieran artefactadas no implica que no pueda afirmarse que no existían signos de malignidad, como así consta en el informe anatomopatológico; además la cistoscopia de 29-7-05 (día en que se obtienen las biopsias) muestra una mucosa normal salvo una pequeña área en cara lateral derecha de aspecto inflamatorio-equimótico;

este tipo de lesiones es casi constante tras recibir instilaciones con BCG; es decir, que es correcta la apreciación de que «había desaparecido la displasia grave». ¿Es correcto no citarla hasta seis meses más tarde? Y sobre todo, ¿se podía haber detectado antes el tumor vesical? A lo que respondió: “se siguieron los protocolos del Servicio para tumores superficiales de vejiga: pT1G2 (28-4-04), pT1G1 (11-1-05) y pT0 (3-8-05); es decir, si de algo pudiera acusarnos, es de sobretratamiento ya que hasta la biopsia de 23-2-06 no aparece el pT1G3, momento en el que se toma la decisión de cistectomía, no tanto por la biopsia, sino por los síntomas miccionales y la hidronefrosis, que con TAC normal, nos induce a pensar en efectos secundarios de la BCG y RTU previas; el hallazgo de tumor extravesical solo pudo ponerse en evidencia con la cirugía; y es claro que no podía detectarse el tumor extravesical antes de la cirugía como lo demuestra el TAC de 6-3-06”.

Como ratificación de lo afirmado por el Jefe del Servicio de Urología HVC se deben traer a colación las conclusiones del dictamen pericial presentado por la Administración en las que el Dr. ... afirma -a propósito del control con cistoscopia y BMN en el que 3 de las muestras se encontraban «muy artefactadas por avería técnica en el procesamiento», si bien se emitió informe “sin signos de malignidad”- que “generalmente cuando los Patólogos no tienen material suficiente o no pueden llegar a un diagnóstico fiable con la biopsia remitida, no suelen dar un diagnóstico e informan con una frase similar a: «Material insuficiente para realizar un diagnóstico correcto, rogamos el envío de nueva muestra de tejido». En este caso a pesar de las deficiencias en 3 muestras el Patólogo emitió un diagnóstico de ausencia de malignidad, sin requerir más tejido. Por lo tanto, consideró el tejido y la calidad del mismo suficiente para emitir dicho diagnóstico. En base a esto podemos interpretar que en las biopsias de julio-05 no existía tumor y, que por lo tanto, no hubo ninguna demora en el diagnóstico”.

En sentido semejante son las manifestaciones que el 5 de junio de 2007 efectúa la médico adjunto del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital ... en respuesta a los requerimientos de la instructora del procedimiento en relación con el documento de julio de 2005 en el que se

recogía que la mayoría de las muestras estaban artefactadas por una avería técnica en el procesamiento: “1. De esta biopsia (biopsias múltiples), sólo la mitad de las muestras estaban artefactadas. 2. El hecho de que estuvieran artefactadas no tuvo incidencia con un alto grado de probabilidad en el diagnóstico de benignidad de la muestra. 3. Prueba de ello es que la citología de orina practicada 6 meses más tarde únicamente en la primera toma de las 3 realizadas durante 3 días seguidos, mostró solo aisladas células atípicas en la primera, no encontrándose ni en la segunda ni en la tercera. Estos hechos vienen apoyados por el estudio por técnica de FISH realizado sobre citología de orina, y realizada en las mismas fechas, que predice la recidiva y que resultó negativa. 4. Confirmando el diagnóstico emitido en dicho informe anatomopatológico”.

A la vista de lo anterior, la Administración sanitaria, en su propuesta de resolución, concluye que “no existe una relación de causalidad entre el fallecimiento de doña ... y la actuación de los servicios médicos que le atendieron, que en todo momento fue la exigible conforme al estado actual de la ciencia médica”. En este sentido, la historia clínica, cuyos pasajes más significativos han sido recogidos en la parte expositiva del dictamen, avalan tales afirmaciones contenidas en la propuesta de resolución.

No cabe, por tanto, imputar la muerte de la paciente a la actuación de los servicios médicos de la Administración Sanitaria, que actuaron conforme a las pautas establecidas que conforman en este caso la *lex artis ad hoc*. No se da, en definitiva, un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios.

III. CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don ... en solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados del fallecimiento de doña ... debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.