

**Expediente:** 37/2008

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

**Dictamen:** 34/2008, de 1 de septiembre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 1 de septiembre de 2008,

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 15 de julio de 2008 tuvo entrada en este Consejo escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que –de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.1, en relación con el 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 doña ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 75/2008, de 24 de junio, 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 14 de noviembre de 2007 don ..., en nombre y representación de doña ..., planteó reclamación de indemnización de daños y perjuicios, “por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”, que llevaron al fallecimiento de la madre de su representada, y solicitó el reconocimiento del derecho de la reclamante “a ser indemnizada por los daños y perjuicios de todo tipo sufridos, en la cantidad total de ciento ochenta mil euros (180.000)”.

En la reclamación se sostiene que “no se pusieron todos los medios terapéuticos y diagnósticos disponibles y al alcance para tratar la patología que presentaba la paciente.... Habían dejado a la paciente deshidratarse y descompensarse iónicamente, a un punto de extrema gravedad... En el supuesto que nos ocupa, los facultativos que atendieron a la paciente en el Hospital ..., además de no haber estado a la altura de la gravedad de la enferma y no haber puesto todos los medios terapéuticos a su alcance, incumplieron gravemente con el deber de información que la legislación sanitaria contempla”.

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

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con fecha 15 de noviembre de 2007, acordó admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, con número de expediente 8894/2007, 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 21 de febrero de 2007 (sic).

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

- Doña ..., madre de la reclamante, era una enferma de 87 años, con un historial clínico que refleja antecedentes de hipertensión arterial, hiperlipidemias, diabetes mellitas, accidente cerebro vascular agudo, fibrilación auricular, hipertiroidismo, episodio de insuficiencia renal aguda, demencia tipo Alzheimer; en consecuencia, precisaba ayuda para todas las actividades de la vida diaria.
- El 4 de febrero de 2007, la familia de la paciente avisa a atención continuada domiciliaria al encontrar a ésta más adormilada de lo normal y con distensión abdominal. Tras la correspondiente consulta, se le remite al servicio de Urgencias del Hospital ...
- El 5 de febrero, en el Hospital ..., se lleva a cabo la pertinente exploración física y los estudios complementarios: analítica, RX de tórax, RX de abdomen, E.C.G. Se observa que “no hay signos de sufrimiento de la paciente” y “se le plantea el alta al domicilio para tratamiento ambulatorio paliativo, lo que la familia no asume esa posibilidad, solicitando ingreso en Pamplona por motivos familiares”. El juicio clínico determina: “1. Íleo parálítico. Sospecha de vólvulo intestinal. 2. Insuficiencia renal. 3. Diabetes descompensada”.
- El 5 de febrero se le traslada al Hospital ..., ingresando por urgencias en el Servicio de Cirugía donde se le practica una exploración y “dada la situación clínica de la paciente y de acuerdo con la familia no se considera indicado ningún tratamiento quirúrgico”.
- La madrugada del 5 al 6 de febrero ingresa en planta a cargo del Servicio de Geriátría. Se instaura fluidoterapia y control de su diabetes y se procede a interconsulta a Digestivo para valoración del cuadro abdominal que se etiqueta de megarectosigma, iniciando tratamiento con edemas a través de sonda rectal, resultando eficaces los mismos con mejoría radiológica en la RX de abdomen en vacío y mejoría exploratoria.

- El 7 de febrero la paciente presenta fiebre de hasta 38°, con persistencia de la misma a lo largo de todo el ingreso, alcanzando pico febril de 39° C el 12 de febrero. Se procedió a tratamiento antibiótico desde el ingreso en Observación a base de amoxicilina/clavulánico, así como a la determinación de urocultivos y radiografías de tórax, siendo el cultivo de orina negativo y descartando neumonía por la RX de tórax. Se aprecia evolución posterior aceptable, con inicio de ingesta oral escasa.
  
- El 10 de febrero avisan al internista de guardia por cuadro de mioclonias generales y extremidades superiores. El 11 de febrero presenta fiebre y disminución de la saturación de O<sub>2</sub>; es atendida por el internista de guardia, el cual, ante la situación de la paciente, suspende la alimentación oral, le sonda para control de la diuresis, elevando la fluidoterapia.
  
- El 12 de febrero, examinada por el médico adjunto del Servicio de Geriátría la analítica solicitada por el médico de guardia, se constata leucocitosis, deshidratación hiperosmolar, insuficiencia renal, hipernatremia, hipopotasemia e hipocalcemia, así como una elevación de las amilasas. En la exploración que se lleva a cabo, la paciente se encuentra estuporosa, poco reactiva, con mala perfusión periférica, objetivándose livideces en extremidades inferiores. Ante semejante situación, se procede a su rehidratación, así como a la administración de gluconato cálcico para subsanar las alteraciones electrolíticas. La tarde de ese mismo día 12 se avisa al médico de guardia por elevación de la temperatura a 39° C, encontrándose la paciente inconsciente, con mioclonias y mala perfusión periférica, aunque con buena tensión arterial y saturación de oxígeno; se procede al cambio de antibiótico por Tazocel, dada la persistencia de la fiebre con urocultivos y hemocultivos, prosiguiendo con la rehidratación y la administración de gluconato cálcico, para corregir la hipocalcemia.

- A partir del día 12 de febrero se va corrigiendo paulatinamente la deshidratación, elevando lentamente las cifras de calcemia, pero persistiendo el mal estado general, reaccionando a estímulos dolorosos y permaneciendo la mala perfusión periférica y la leucocitosis en las sucesivas analíticas. El cambio de antibiótico operado no impide la persistencia de la elevada temperatura y el mal estado general.
- El 17 de febrero, a las 3 horas y 40 minutos, se avisa al médico de guardia por éxitus, que constata. El juicio clínico final es: “Suboclusión intestinal por megasigmarecto Deshidratación hiperosmolar con hipocalcemia. Sepsis no filiada. Exitus”.
- Ante la afirmación llevada a cabo en el escrito iniciador de este procedimiento de reclamación en el que se afirma que el médico adjunto del Servicio de Geriátría dijo textualmente “que aquello era una negligencia que clamaba al cielo, ya que no se había tomado ninguna decisión el fin de semana y se había dejado evolucionar a la paciente a una gravedad extrema”, el médico aludido informa “que es cierto que expresé vehemente mi decepción y frustración por la mala evolución de la paciente a lo largo de los días que no la había visto, pero que en ningún momento utilicé la palabra negligencia ni hice juicio de valor sobre ninguna de las actuaciones que se efectuaron con respecto a la paciente”. De igual manera, el facultativo aludido, y ante afirmaciones vertidas en el escrito de reclamación, señala que “en lo relativo a la falta de información del cuadro séptico al que hace referencia el documento, tengo que decir que en todo momento la familia fue informada del proceso infeccioso así como del tratamiento antibiótico iniciado y de las pruebas realizadas para aislar el germen causante. No puedo asegurar si hablé de sepsis pero sí del proceso infeccioso, sin focalidad que permanecía en el tiempo a pesar del tratamiento”. Finalmente, el médico referido sale al paso de otra afirmación contenida en la reclamación presentada en los siguientes términos: “Por último y en lo referente a falta de información de la gravedad

de la paciente, en las hojas evolutivas se puede ver que se constata la precariedad de la situación de la paciente haciendo hincapié en la mala perfusión periférica y el mal pronóstico que auguraban las livideces que la paciente tenía, circunstancias comentadas con los familiares a diario”.

- Dado que el escrito de reclamación se centra fundamentalmente en la atención prestada a la paciente el fin de semana correspondiente del mes de febrero de 2007, el médico especialista en Medicina Interna, adjunto al Servicio de Medicina Interna del Hospital ..., a solicitud del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, emitió un informe sobre la atención prestada durante la guardia del día 10 de febrero de 2007 a la paciente, doña ..., en la que se aclara, “en contra de lo manifestado en el texto de la reclamación, que: 1. La paciente no comenzó con mioclonias, sino estaban ya presentes antes del ingreso cuando no existían alteraciones electrolíticas y tenían plena justificación en el contexto de una enfermedad con degeneración cortical. 2. La paciente no comenzó a no responder a estímulos sino, según descripción de los familiares, tal como se recoge en hoja de enfermería, sufre autolimitada pérdida de conciencia de segundos de duración. En la exploración física estaba consciente. Aquel hecho, ocurrido con frecuencia en el domicilio de la paciente, tiene escasa significación anamnésica en el contexto de una enfermedad del Alzheimer con avanzado deterioro cognitivo. 3. A pesar de causa previa que explica la aparición de mioclonias, se aumenta fluidoterapia al tratamiento. 4. Se añade al tratamiento potasio dada la existencia de hipopotasemia en la analítica previa. Todo ello en el contexto de mejoría clínica de la paciente, que luego se comprobó transitoria. 5. La alteración de los electrolitos observados el día 12 de febrero se justifican por la intensa fiebre sufrida el día anterior así como la progresión de la enfermedad. 6. La elevación de la amilasa en el análisis del día 12 de febrero bien pudo deberse a error de laboratorio pasando de 1.151 mg/dl ese día a 78 mg/dl el día 14 de febrero. 7. Lejos de haber dejado deshidratar a la paciente le añadí

fluidoterapia al tratamiento al detectarse leve deshidratación. Así actué a pesar de haberle sido aumentada la cantidad de la dieta del día 10 de febrero. 8. El día 10 de febrero, como médico de guardia, hablé con la familia transmitiéndoles serenidad ante la ausencia de datos objetivos de complicación, sin menospreciar la intensa comorbilidad de la paciente que la hacían merecedora, en cualquiera de las circunstancias, del calificativo de alto riesgo. 9. La enfermedad que motivó el ingreso fue la causante del fallecimiento de la paciente, y no las alteraciones iónicas surgidas como consecuencia de aquélla. 10. Una enfermedad para cuyo diagnóstico y tratamiento se rechazaron técnicas más agresivas decidiendo un manejo clínico. 11. Los controles realizados a partir del día 12 de febrero sólo atestiguaron la involución clínica de una mujer cuya quizá única (aunque limitada) opción curativa era la quirúrgica ya previamente rechazada de común acuerdo con la familia.

- El 14 de mayo de 2008 se emite “dictamen médico” realizado por los doctores don ..., don ..., don ... y don J..., todos ellos especialistas en Medicina Interna, en el que, tras realizar distintas consideraciones médicas sobre el íleo, llamado también oclusión intestinal y su afectación a la paciente, se contienen las siguientes conclusiones:
  - La paciente falleció con un cuadro de suboclusión intestinal y respuesta inflamatoria sistémica sugestivo de sepsis, tras haberse descartado cualquier actitud intervencionista al considerar a la enferma terminal por el grave deterioro neurológico y vascular previo.
  - Al decidir una actitud expectante, de acuerdo con la familia, no se indagó sobre la causa del cuadro abdominal que quedó sin filiar, existiendo muchas posibilidades diagnósticas, ninguna de ellas quedó confirmada o descartada.

- La evolución del cuadro abdominal es la que dio lugar a los hechos que ocurrieron posteriormente y que fueron tratados de forma sintomática, además de administrar antibiótico, como única posibilidad de tratamiento curativo, por si se trataba de una infección.
- Cuando se consultó el día 10 se inició tratamiento para las alteraciones hidroelectrolíticas que se confirmaron en los análisis del día 12.
- Estas alteraciones eran consecuencia del proceso abdominal que presentaba la enferma.
- No es seguro que la paciente tuviese una sepsis, aunque si es muy probable que existiese una infección abdominal. Los cultivos realizados fueron negativos.
- Existe constancia documental de que la familia fue informada en varias ocasiones.
- La paciente no tenía una infección nosocomial sino que, en caso de tener infección, ésta ya existía cuando ingresó en el hospital.
- La actuación médica en este caso ha sido correcta y acorde a lex artis ad hoc.

### **Trámite de audiencia**

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 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, el 25 de febrero de 2008 se inicia el trámite de audiencia, concediendo al reclamante un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase pertinentes.



## **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 y representación de doña ..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento anormal de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Por último, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea acordó el 13 de junio de 2008 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 presentada por don ..., en nombre y representación de doña ..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento anormal de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 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; en nuestro caso, al Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

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 reclamante, constanding además informes médicos suficientes para valorar la misma; y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que le corresponde, otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, propiciando la presentación de alegaciones -que no se produjeron-, 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: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, de 13 de julio 2007).

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, el daño y su imputación objetiva. Infracción de la lex artis**

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (por todos, dictamen 36/2007, de 1 de octubre), 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, entre otras).

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 (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es 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 (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio 2007).

La reclamación planteada viene determinada por las afirmaciones iniciales contenidas en el escrito de reclamación, tanto en la exposición de hechos, como en los fundamentos de derecho. Así, en el expositivo tercero, último párrafo, se lee: “La tarde del viernes 9 de febrero de 2007, D<sup>a</sup> ... fue trasladada al pabellón H4 del Hospital ..., y a partir de aquí comenzaron los problemas: Total desinformación a los familiares acerca de la evolución de la enferma, malas contestaciones por parte del personal sanitario, equivocaciones con la dieta que traían a la paciente, etc.”. En el expositivo cuarto se dice: “La familia reclamaba más atención, pero no les hacían caso. Era fin de semana, y la paciente una anciana de 87 años con Alzheimer”; más adelante: “Durante el fin de semana, habían dejado a la paciente deshidratarse y descompensarse iónicamente, a un punto de extrema gravedad, sin poner un solo medio para evitarlo”; se atribuye finalmente en este expositivo al doctor ..., tal y como hemos adelantado, la siguiente aseveración: “Que aquello era una negligencia, que clamaba al cielo, ya que no se había tomado ninguna decisión el fin de semana, y se había dejado evolucionar a la paciente a una gravedad extrema”. Y en el expositivo quinto se dice: “La familia no fue informada del diagnóstico de sepsis, durante todo el ingreso”; también: “Ningún facultativo se (sic) había informado en modo

alguno a los familiares de D<sup>a</sup> ..., acerca de su enfermedad, de que padecía una infección, de su gravedad, etc.". Como se acaba de señalar, igualmente en los fundamentos de derecho del escrito de reclamación se reiteran estas mismas afirmaciones y se añade alguna nueva del mismo tenor, si no más general, como en el fundamento cuarto cuando se sostiene que "en el presente caso, no se pusieron todos los medios terapéuticos y diagnósticos disponibles y al alcance para tratar la patología que presentaba la paciente doña ..."; y en el fundamento quinto: "En el supuesto que nos ocupa, los facultativos que atendieron a la paciente..., además de no haber estado a la altura de la gravedad de la enferma y no haber puesto todos los medios terapéuticos a su alcance, incumplieron gravemente con el deber de información que la legislación sanitaria contempla".

Frente a tales aseveraciones de parte, que no tienen respaldo alguno probatorio, la actuación de los profesionales que intervinieron en la atención hospitalaria de la paciente parece correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc* a tenor de los documentos que acompañan al expediente y en los que se recogen, no sólo afirmaciones que contradicen las efectuadas por la reclamante, sino también opiniones profesionales médicas al margen de las de los facultativos intervinientes. Entre las primeras, las del doctor ... al que se le atribuyen algunas afirmaciones, tal y como se ha dejado recogido anteriormente, que sale al paso con un testimonio que contradice sus pretendidas palabras, así como otras afirmaciones vertidas en el escrito de reclamación, en los términos siguientes:

"En cuanto a las apreciaciones de la documentación de la reclamación y en referencia a las palabras que se me atribuyen cuando veo a la paciente con fecha 12 de febrero del 2007, tengo que decir que es cierto que expresé vehemente mi decepción y frustración por la mala evolución de la paciente a lo largo de los días que no la había visto, pero que en ningún momento utilicé la palabra negligencia ni hice juicio de valor sobre ninguna de las actuaciones que se efectuaron con respecto a la paciente."

"En lo relativo a la falta de información del cuadro séptico al que hace referencia el documento, tengo que decir que en todo momento la familia fue

informada del proceso infeccioso así como del tratamiento antibiótico iniciado y de las pruebas realizadas para aislar el germen causante. No puedo asegurar si hablé de sepsis pero si del proceso infeccioso, sin focalidad que permanecía en el tiempo a pesar del tratamiento.”

“Por último y en lo referente a falta de información de la gravedad de la paciente, en las hojas evolutivas se puede ver que se constata la precariedad de la situación de la paciente haciendo hincapié en la mala perfusión periférica y el mal pronóstico que auguraban las livideces que la paciente tenía, circunstancias comentadas con los familiares a diario”.

Así pues, frente a las opiniones vertidas en la reclamación se alzan las mantenidas por los facultativos que intervinieron en una buena parte de la atención prestada a la paciente durante su permanencia hospitalaria, sin que las primeras tengan apoyo alguno en pruebas presentadas por la reclamante. A ello se debe añadir el hecho -puesto de manifiesto por el médico especialista en Medicina Interna adjunto al Servicio de Medicina Interna del Hospital ... y recogido en el informe que remite a la instructora del expediente- de que se trata de “una mujer de ochenta y siete años de edad con graves antecedentes cardiovasculares y metabólicos previos, enfermedad de Alzheimer probable de catorce años de evolución, deterioro cognitivo avanzado desde el año 2002 y dependiente para todas las actividades de la vida diaria”; el mismo facultativo, en el informe señalado, pone de manifiesto “que una paciente de ochenta y siete años con intensa comorbilidad acude a los servicios sanitarios de Osasunbidea con un SRIS de probable causa infecciosa asentada en tubo digestivo para cuyo tratamiento se rechazan opciones quirúrgicas por la comorbilidad de la paciente. Que, a pesar de poner tratamiento completo, la enfermedad sigue su curso causando el fallecimiento de la paciente.”

Junto a las opiniones de los médicos que atendieron a doña ..., hay que añadir, con carácter más relevante en cuanto se contiene en un informe ajeno a los facultativos intervinientes, la opinión de expertos expresada en el dictamen médico emitido por la Asesoría Médica .... En él, como ya hemos dejado apuntado, entre otras conclusiones se indica que “la paciente falleció

con un cuadro de suboclusión intestinal y respuesta inflamatoria sistemática sugestivo de sepsis, tras haberse descartado cualquier actitud intervencionista al considerar a la enferma terminal por el grave deterioro neurológico y vascular previo...La evolución del cuadro abdominal es la que dio lugar a los hechos que ocurrieron posteriormente y que fueron tratados de forma sintomática, además de administrar antibiótico, como única posibilidad de tratamiento curativo, por si se trataba de una infección”. Ante la afirmación contenida en el escrito de reclamación de que “el origen de la infección era nosocomial u hospitalario”, el dictamen referido responde que “la paciente no tenía una infección nosocomial sino que, en caso de tener infección, ésta ya existía cuando ingresó en el hospital”.

De todo lo anterior, se deduce que la actuación dispensada a la paciente se produjo conforme a los cánones establecidos y de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, habiéndose llevado a cabo las exploraciones pertinentes en una anciana cuyo situación de salud, correspondiente a su historial clínico, era el de una enferma terminal por el grave deterioro neurológico y vascular previo, no habiendo existido, por tanto, negligencia, ni falta de pericia en la atención ofrecida a doña ...

En realidad, no existe un verdadero daño causado a la paciente a través de la actuación sanitaria pública, pues el comportamiento llevado a cabo por ésta fue correcto, sin que en el presente caso el fallecimiento de una anciana muy deteriorada y en fase terminal pueda considerarse “daño”. En todo caso, lo que falta es la imputación objetiva a la Administración Sanitaria, cuyos profesionales actuaron conforme a la *lex artis*, tal y como recoge en su propuesta de resolución el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial, formulada por don ..., en nombre y representación de doña ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.