

<p>Expediente: 15/2019 Objeto: Responsabilidad patrimonial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por asistencia sanitaria. Dictamen: 18/2010, de 12 de abril</p>

DICTAMEN

En Pamplona, a 12 de abril de 2010,

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 José Iruretagoyena Aldaz, 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 2 de marzo de 2010 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra, por el que, con cita expresa de los artículos 16 y 19 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 ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución, así como la Orden Foral 32/2010, de 23 de febrero, de la Consejera de Salud, ordenando 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 al interesado.

Con fecha 18 de marzo de 2010 se suspendió el plazo para dictaminar al solicitar de la Administración sanitaria documentación complementaria relativa a consentimientos informados y sesiones clínicas. Una vez recibida contestación sobre estos particulares el día 7 de abril de 2010, se levanta la suspensión del plazo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito de fecha 25 de junio de 2009, con entrada en el Registro General del Departamento de Presidencia, Justicia e Interior del Gobierno de Navarra, don ... formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

En dicho escrito se alegan sustancialmente los hechos que a continuación se relatan, acompañando los correspondientes informes de los servicios sanitarios.

En 1975, don ... sufrió un grave accidente de tráfico con el resultado de una lesión medular completa a nivel D8, incontinencia urinaria y contención fecal, reconociéndosele una minusvalía del 83%, a pesar de la cual era autónomo para actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales, deambulando con bitutores, desempeñando sus funciones en el Departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra.

El día 23 de junio de 2008, el reclamante sufrió una caída accidental, ingresando en el Hospital ... al día siguiente, siendo diagnosticado de fractura de cadera izquierda. Se le intervino quirúrgicamente el 27 de junio, colocándosele prótesis total de cadera (artroplastia total).

El 23 de julio de 2008 volvió a ingresar en el Hospital ... por luxación de prótesis total de cadera izquierda, siendo reintervenido el 31 de julio para

retirada de cotilo doble y cúpula con colocación de nueva prótesis total de cadera.

El 11 de agosto de 2008 ingresó en el ... en Badalona para revisión médica y valoración traumatológica, apreciándose, tras cultivo de exudado, una infección de la herida quirúrgica que fue tratada con antibióticos. Se le informa que de producirse luxación, valoración de compromiso vascular y/o espasticidad, habría que desarticular la cadera.

El 19 de agosto de 2008 ingresa en la Clínica ... apreciándose en control radiológico una luxación posterior lateral protésica, decidiéndose, dado el alto riesgo de reluxación y ausencia de compromiso neurovascular, actitud conservadora y no reducción.

El 17 de septiembre de 2008 fue revisado por el Servicio de Traumatología del Hospital ..., indicándose retirada de prótesis total de cadera.

El 29 de septiembre de 2008 se le interviene en la Clínica ..., mediante cirugía plástica, de una úlcera isquiática derecha (isquiectomía parcial y plastia con colgajo de glúteo inferior). El 7 de noviembre se le vuelve a ingresar en la Clínica ... por dehiscencia de colgajo y drenaje espirativo del seroma y retirada de prótesis de cadera.

El 16 de febrero de 2009 vuelve a revisión al ..., realizándosele tratamiento rehabilitador en áreas de transferencias, con recomendación de potenciación muscular de extremidades superiores.

Finalmente, el 18 de marzo de 2009 inicia tratamiento de rehabilitación en ..., que continúa en la actualidad.

En los fundamentos de derecho, tras la enumeración y transcripción de los preceptos correspondientes de la Constitución, de la Ley 30/1992 y otros, se afirma:

“De un simple análisis de la documentación que se acompaña al presente escrito, se deduce que tras el accidente sufrido el 23 de junio de 2008 el reclamante presentó una fractura subcapital de cadera

izquierda, tratada quirúrgicamente mediante colocación de prótesis total cadera (artroplastia) el día 27 de junio siguiente.

Si bien dicho tratamiento es una posibilidad terapéutica válida para este tipo de lesiones, en el caso que nos ocupa, dada la existencia de una paraplejia con balance muscular nulo y con espasticidad, el alto riesgo de luxación de la prótesis de cadera hace que no sea la opción terapéutica recomendable, habiéndose descartado en las unidades especializadas en tratamiento de lesionados medulares.

Dicha consideración se ve ratificada por la existencia de una luxación de la prótesis antes del mes de su colocación (con fecha 23 de julio de 2008 se diagnosticó, pero no se realizó estudio radiológico que permitiera su diagnóstico), a pesar de lo cual se procede a una nueva sustitución protésica (con idéntico pronóstico y resultado).

En consulta realizada en el ... (Hospital de Neurorrehabilitación) se confirmó dicho pronóstico recomendando, en el supuesto de nueva luxación, no tratamiento quirúrgico, salvo compromiso neurovascular, y desarticulación cadera en el supuesto de aparición de dicho compromiso.

Por tanto, es evidente que el tratamiento instaurado se realizó sin consulta a servicio especializado que, de haberse producido, hubiera conllevado una opción terapéutica conservadora y no quirúrgica”.

Más adelante, se lee en los fundamentos del derecho del escrito de reclamación:

“Estamos ante un evento dañoso y/o resultado lesivo derivado directamente del funcionamiento del servicio público. Un funcionamiento que, no resulta en modo alguno aventurado adelantar, lo fue anormal y totalmente injustificado.

Es indiscutible que en aplicación del criterio de la «lex artis» como modo de determinar si la actuación médica fue o no correcta, ha de concluirse que no lo fue.

Resulta evidente en este punto que si la actuación del servicio de Traumatología del Hospital ... hubiese sido la correcta, no se le hubiese intervenido con la colocación de prótesis total de cadera (reiterada además), por lo que el evento dañoso y el resultado gravísimo no hubiera sido tal”.

Los daños a los que se remite el escrito iniciador del procedimiento se refieren a las hospitalizaciones sufridas, baja laboral, tratamientos efectuados, secuelas (físicas y estéticas) y daño moral; la valoración de los

mismos se posponen a un momento posterior del procedimiento en el que se aportará el correspondiente informe pericial.

En fin, la reclamación concluye suplicando que se “resuelva el reconocimiento y la concesión al reclamante, en concepto de responsabilidad patrimonial de esa Administración derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, de la indemnización solicitada, en la cuantía que resulte de lo que se dirá en el Otrosí 1º siguiente”, el cual se remite a un futuro Informe Técnico Pericial.

Iniciación del procedimiento

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con fecha 20 de julio de 2009, acordó la admisión a trámite de la citada reclamación, el nombramiento de la instructora del procedimiento, informar al interesado que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento es de seis meses y, transcurrido este plazo, podrá entender desestimada su solicitud pudiendo interponer recurso contencioso-administrativo.

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Con fecha 7 de agosto de 2009, la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria remitió copia de la historia clínica de don ..., solicitada por la instructora, en relación con la reclamación presentada.

De la documentación clínica aportada cabe destacar los siguientes extremos como más relevantes a los efectos de este dictamen:

- Don ... ingresa el 24 de junio de 2008 en el Servicio de Urgencias del Hospital Se trata, según el informe médico, de un paciente de 50 años con una paraplejía por accidente hace unos años, que el día anterior sufrió una caída “por fallo de los tutores que utiliza para la marcha”. El juicio clínico es de “fractura subcapital de cadera izda.” En el apartado “procedimientos” se lee: “Coloco bota antirotatoria. Se hace preoperatorio. Se firman consentimientos de transfusión e intervención quirúrgica. Intervención quirúrgica programada para el viernes 27-06-08 «PTC»”.

- En el informe que recoge la exploración física realizada el mismo día 24 por la médico interno residente se aborda el plan a seguir en estos términos: “Antes de la caída caminaba con la ayuda de tutores llevando a cabo una vida activa por lo que se plantea la colocación de una PTC”.
- Obran en la historia clínica sendos consentimientos informados, uno, para la transfusión de sangre, y otro, para una intervención de osteosíntesis de fracturas de cadera. Ambos fechados el 24 de junio de 2008 y firmados por la médico interno residente y el propio paciente. Obra, igualmente, un consentimiento informado para anestesia en el procedimiento quirúrgico de osteosíntesis de cadera izquierda firmado por el médico informante y el paciente el día 26 de junio de 2008.
- El 27 de junio de 2008 se lleva a cabo en el paciente la intervención quirúrgica de “artroplastia total de cadera izda. tipo constreñida”, tal y como señala la hoja de protocolo quirúrgico. El postoperatorio transcurre sin complicaciones. Se le da de alta el 1 de julio de 2008 y en el apartado de “observaciones” el médico adjunto del Servicio de Traumatología señala: “Aunque hay infecciones creo que se puede tratar de forma ambulatoria. El paciente refiere disponibilidad para llegar a su centro de salud y realizar curas. Se avisa que puede persistir esta situación y de ser así consultará en urgencias del Hospital ... el día viernes 25 o el domingo 27 de julio. Si fiebre, dolor o drenaje purulento, venir a urgencias de inmediato”.
- El 23 de julio de 2008 don ... ingresa en el Servicio de Traumatología del Hospital ..., procedente de Urgencias del mismo Hospital. Se procede a una exploración física en la que se observa “cicatriz quirúrgica con punto sangrante de unos 0,5 cm de diámetro” y a través de RX de cadera izquierda una “luxación de PTC”. El juicio clínico resultante de las exploraciones es el siguiente: “Movilización-luxación de PTC. Anemia aguda. Transfusión de sangre”. En la hoja de observaciones acerca del

curso clínico del 24 de julio de 2008 se lee: “Hablamos con el paciente, explicamos las 2 opciones:

- Girdlestone
- Cotilo metal-trabecular (otra),

que es la primera opción por nosotros tb por el paciente. Tendrá que estar 3 meses en descarga con vida cama-silla ruedas.

Entiende y acepta. Explica que probablemente la luxación es inveterada, ya desde el alta”.

Tras la firma de sendos consentimientos informados, uno para transfusión de sangre, otro para “intervención quirúrgica”, con las firmas del paciente y la médico interno residente, fechados ambos el 23 de julio de 2008, y un tercero para anestesia en procedimientos quirúrgicos y/o exploratorios, firmado por el paciente y el médico, “se realiza bajo anestesia general, retirada de cotilo doble cúpula y se realiza recambio, colocando botón en trans fondo, aparte de aloinjerto e insertando cotilo de tantalio”. Se le recomienda, como régimen de vida; “reposo relativo, no pisar en 3-6 meses, reposo en cama, pierna en abducción, colocar férula”. Se le concede el alta el 11 de agosto de 2008. Durante el periodo que permaneció ingresado “refiere que le gustaría tomar otra vía en el periodo de convalecencia y rehabilitación a la tomada anteriormente (se le trasladó a ...) ya que piensa que no fue la adecuada. El plantea la posibilidad de traslado a un centro de lesionados medulares”.

- El 11 de agosto de 2008, el paciente ingresa en el ... para revisión médica y valoración traumatológica. Tras las correspondientes pruebas, el informe del Institut concluye: “De la revisión efectuada destaca el alto riesgo de luxación de la prótesis de cadera en paciente con balance muscular nulo y con espasticidad en una lesión medular completa”. Se le da de alta el 19 del mismo mes.

- El 4 de septiembre es trasladado desde el Hospital ... en ambulancia a urgencias del Hospital ... para descartar TVP. Tras la correspondiente exploración física, se descarta TVP. El 17 del mismo mes, se lleva a cabo una revisión. Realizada la anamnesis, se indica: "Paciente con fractura subcapital cadera izquierda y PTC constreñida en paciente con sección medular. Luxación posterior y recidivada". El juicio clínico es: "PTC luxación recidivante". Tratamiento que se plantea: "Indicación retirada de prótesis Girdlestone. Pendiente valoración por parte del paciente". Posteriormente, se le retira la prótesis.

Informes

Con fecha 24 de agosto se registra escrito del Jefe de Servicio de T. y C.O. Hospital ... dirigido a la instructora del expediente en el que, entre otras cuestiones, relativas al tratamiento quirúrgico recibido por el paciente, se afirma:

"El paciente me comentó que tenía 50 años, y aunque llevaba unos años con su paraplejía era autónomo, ya que podía caminar con muletas basculando la pelvis hacia delante, es decir, llevando una marcha pendular larga.

Hablamos de las opciones terapéuticas para su caso. Habitualmente los dejábamos sin operar o bien realizábamos la intervención de Girdlestone, resecano la cabeza femoral. Cualquiera de las opciones anteriores conllevaría la necesidad de una silla de ruedas y no volver a caminar de la manera habitual.

Le comenté que desde hacía unos 10 ó 12 años habían aparecido en el mercado unas prótesis totales de cadera con un cotilo constreñido, es decir, con un sistema retentivo de doble cúpula y anillo que evitaba la luxación de la cabeza protésica y que para él, ya que sus radiografías simples realizadas en Urgencias no evidenciaban una osteoporosis, podría ser una solución para unos años y la única posibilidad de intentar conseguir la marcha autónoma que realizaba.

Dicha opción fue aceptada por el paciente, que fue intervenido sin incidencias el 27-06-08 realizándose artroplastia total de cadera con vástago SL Plus y cotilo Trident constreñido. Fue dado de alta el 1-07-08.

Posteriormente es atendido en Urgencias el 19-07-08, por supuración hemática de la herida que requirió tratamiento antibiótico y curas

diarias. Posteriormente es remitido desde su Mutua Laboral por movilización del cotilo el 23-07-08.

Hablé personalmente con la Mutua y con el paciente, comentando que dicha eventualidad no nos había ocurrido nunca, ya que el cotilo colocado estaba diseñado precisamente para evitarlo, pero que en este caso había fallado el sistema retentivo y que además el cotilo se había movilizad. También le comenté que en esta situación el problema era doble, ya que nos encontrábamos ante una luxación por un lado y por otro ante una movilización del componente acetabular, por lo que la solución más adecuada era realizar la intervención de Girdlestone.

Ante esta proposición el paciente me animaba a intentar conseguir, de la manera que fuese, una marcha similar a la que presentaba antes de la caída.

La comunicación a pie de cama era amplia y diaria. Veía que se trataba de un paciente inteligente, que comprendía la situación y que realmente quería volver a su situación previa asumiendo los riesgos que fueran necesarios, incluso etapas de encamamiento prolongadas, ya que optamos por intentar la colocación de un cotilo especial, de metal trabecular o tantalio, con gran afinidad para integrarse en el hueso del paciente, pero que requería un tiempo de reposo de alrededor de 6 semanas para facilitar la integración. Sobre dicho metal colocaríamos un nuevo cotilo retentivo antiluxación.

Dicha opción fue consensuada con el paciente durante todos los días previos a la intervención y en todos ellos me contaba tanto su ilusión por ser intervenido como su horror por el Girdlestone, ya que suponría su pérdida de autonomía.

Dicha intervención se realizó el 31 de Julio de 2008, siendo colocado un cotilo de tantalio atornillado y aporte de aloinjerto. No fue posible colocar un núcleo constreñido por incongruencia con las medidas del tantalio, por lo que se colocó uno con ceja antiluxación.

Desde el primer momento se advirtió al paciente de la situación, con el previsible excelente anclaje óseo, pero con el riesgo de luxación, por lo que propusimos un encamamiento prolongado hasta conseguir una cicatrización estable.

Cualquier situación le parecía asumible con tal de no perder su autonomía.

Debido a este posible encamamiento se programó, a través de su Mutua Laboral, el internamiento temporal en el Hospital ..., hasta acudir a revisión en consulta de Traumatología.

Con fecha 4-09-08 es remitido a Urgencias por edema en extremidad inferior izquierda, descartando por ecodoppler afectación venosa profunda, siendo remitido nuevamente al Hospital

El 17-09-08 es atendido en consulta externa, comentándome que ha sido visto en el ... en Barcelona y que presenta una luxación inveterada de la prótesis y que le habían propuesto la intervención de Girdlestone.

El paciente mostró su enfado por la situación y me dijo que no le debía haber intervenido.

Le comenté mi indignación, y que aunque la paraplejía puede considerarse una contraindicación para una prótesis total por el riesgo de luxación, en Medicina, las contraindicaciones absolutas siempre deben estar valoradas, y que le consideraba una persona inteligente que habiendo sido informada de los riesgos, no de certezas, los asumió con tal de mantener una vida autónoma. Le comenté que me había decepcionado profundamente, que me involucré de manera valiente en intentar conseguir una solución para su situación basada en un sistema protésico retentivo no luxable que conocía bien ya que lo hemos utilizado regularmente en luxaciones protésicas recidivantes siendo la primera vez que había fallado dicho sistema. Que él mismo debía sentirse orgulloso de haber luchado y que en el caso actual estábamos ante la necesidad de realizar lo que en un primer momento le comentamos como una opción segura pero olvidándose de su marcha pendular”.

Obra, igualmente, en el expediente dictamen médico de la Asesoría Médica ... realizado por los doctores ..., ... y ..., todos ellos especialistas en Traumatología y Ortopedia, en relación con la reclamación aquí considerada. Éstas son las conclusiones que se contienen en el informe:

1. El paciente D. ... presentaba una lesión medular completa D8 que le obligaba a caminar con dos muletas y bitutores y/o silla de ruedas.
2. Sufrió una fractura subcapital de cadera tras una caída casual.
3. Esta fractura, dejada sin tratar o tratada mediante resección de cadera (Girdlestone), previsiblemente, le incapacitaría para continuar con su estado funcional previo a la caída.
4. Se le planteó la posibilidad de una artroplastia total de cadera con cotilo constreñido, decisión ésta tomada con carácter colegiado en sesión clínica. El paciente aceptó.
5. Tras el primer episodio de luxación se le plantearon dos opciones quirúrgicas: la resección de cadera y la artroplastia. El paciente, de nuevo, optó por la cirugía protésica.
6. Ante el nuevo episodio de luxación, se le propuso en el Servicio de

Traumatología del HN, la resección de cadera.

7. Tras ambas cirugías se tomaron las medidas oportunas para evitar la complicación fundamental en estos casos, como son la terapia rehabilitadora y la férula antiluxación. De igual forma, se observaron todas las medidas para evitar úlceras por decúbito.
8. La opción del reemplazo total de cadera en las fracturas subcapitales puede ser una decisión discutible o, como mucho controvertida, por el riesgo de luxación, pero en ningún caso negligente.
9. Creemos que el reemplazo protésico con un cotilo constreñido era una opción válida para que el paciente pudiera caminar como lo hacía antes de la caída.
10. Este tipo de enfermos con lesión medular desarrollan con frecuencia úlceras de decúbito que en este caso, no creemos que hayan sido secundarias a la luxación de cadera, por cuanto a su localización en el isquión contralateral.

Obra, igualmente, en el expediente, informe médico pericial presentado por don ... en el trámite de alegaciones como documento adjunto y elaborado por el doctor ..., Magister Univ. en Valoración del Daño Corporal y en Medicina de los Seguros por la Universidad Complutense de Madrid y Perito Médico de Seguros. Las conclusiones del informe son las siguientes:

“Primera.- El Sr. ... padecía el siguiente Estado Anterior Patológico: lesión medular completa a nivel D8, de larga evolución (tras accidente de tráfico sufrido en 1975) que le ocasionaba una paraplejía siendo autónomo para actividades básicas vida diaria y deambulando con ayuda de bitutores y dos muletas y/o silla de ruedas.

Dicho estado anterior condicionaba la existencia de una parálisis muscular, y consiguiente atrofia y pérdida de *tono* muscular de las extremidades inferiores, así como una osteopenia por desuso.

Segunda.- A consecuencia del accidente sufrido con fecha 23/06/08 el Sr. ... presentó una fractura subcapital de cadera izquierda.

Tercera.- A pesar de la problemática específica de su estado anterior y de no ser la opción terapéutica habitualmente empleada (tratamiento conservador o resección cabeza femoral-Girdlestone), se optó por un tratamiento quirúrgico, sustitución protésica o artroplastia total de cadera con cotilo constreñido, con el fin de intentar mantener durante unos años la marcha con bitutores.

Cuarta.- Si bien dicha opción fue tratada en sesión clínica, no existe constancia de consulta con centro especializado en lesionados medulares para contrastar experiencia, ni evidencia científica que avale resultados de dicha intervención en parapléjicos.

Quinta.- Para dicha intervención se cumplimentó un Consentimiento Informado erróneo (correspondiente a *osteosíntesis de fractura de cadera, en vez de a prótesis de cadera*) no constando las complicaciones habituales en dicha intervención (luxación y desplazamiento de material protésico). Así mismo tampoco se explicitaron los riesgos añadidos derivados de la paraplejía que presentaba el paciente (atrofia muscular y osteopenia) que incrementaban las posibilidades de complicaciones y de fracasos terapéuticos.

Sexta.- Al mes se produjo una luxación y desplazamiento del material protésico, lo que motivó una nueva intervención consistente en recambio protésico por cotilo especial de tantalio y cotilo deretentivo antiluxación.

Séptima.- Nuevamente se constata la ausencia de consulta con centro especializado y la incorrecta cumplimentación del consentimiento informado (en este caso consentimiento genérico para "*intervención quirúrgica*") sin explicitar complicaciones y riesgos añadidos por el estado anterior del paciente.

Octava.- Tras dicha intervención volvió a sufrir una luxación de la prótesis que fue tratada, por traumatólogo de mutua tras consulta con centro especializado, de forma conservadora inicialmente y mediante extracción prótesis posteriormente.

Novena.- Como consecuencia de las opciones terapéuticas acometidas el Sr. ... invirtió unos periodos de curación superiores a los que habría padecido de optarse inicialmente por un tratamiento conservador en los siguientes días:

- Prolongación Periodo curación de 124 días.
- Prolongación del periodo de hospitalización de 118 días.
- Prolongación del periodo impeditivo de 6 días

Décima.- Así mismo y derivados de los tratamientos quirúrgicos acometidos el Sr. ... presenta los siguientes Daños Corporales:

- Daños Fisiológicos:

Edemas por insuficiencia venosa en pierna izda, de intensidad moderada.

Aumento de espasticidad y flexo en cadera izda que condiciona un acortamiento de extremidad inferior.

- Daños Estéticos: Cicatrices en cadera y muslo izdo, así como en región glútea que ocasionan un daño estético ligero.

Undécima.- A título orientativo y desde un punto de vista estrictamente médico dichas secuelas pueden ser baremadas de acuerdo con el Baremo de la Tabla VI del Anexo de la Ley 34/03, reproducido en el R.D 8/2004, de 29 de Octubre, con la siguiente puntuación: 17 puntos incapacidad permanente y 3 puntos perjuicio estético”.

Trámite de audiencia

Consta en el expediente la apertura de trámite de audiencia, 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), al que se concedió un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos que estimase pertinentes, a la par que se le facilita historia clínica relacionada con la reclamación obrante en el Hospital ..., así como informe emitido por el Dr. ..., Jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital ... y Dictamen Médico emitido por la Asesoría Médica “...”.

Con fecha 22 de octubre de 2009, el reclamante presenta escrito en el que solicita la ampliación de plazo otorgado a los efectos del trámite de audiencia en 5 días más y que la resolución de lo solicitado se le comunique a su dirección letrada. La instructora, a la vista de lo pedido, acuerda acceder ampliando el plazo por un período de cinco días hábiles, hasta un máximo de quince días hábiles en total.

En escrito de 3 de noviembre de 2009 el reclamante realiza las correspondientes alegaciones y presenta una serie de documentos que solicita sean recibidos en el procedimiento, entre ellos la calificación por parte de la Seguridad Social de su situación como incapacidad permanente parcial y un informe médico pericial.

En las alegaciones se da por reproducido en su integridad el escrito de reclamación, se pone en conocimiento de la instructora un hecho nuevo de trascendencia, cual es la situación de incapacidad permanente parcial de don ..., se manifiesta la oposición a lo informado por el Dr. ... y se hacen una serie de consideraciones sobre la ausencia de consentimiento informado. Concluye el escrito destacando la “irrelevancia en general del dictamen médico de ...” y valorando los daños sufridos y evaluando económicamente su alcance, que lo establece en 134.538,94 euros.

Respecto de lo afirmado por el Dr. ..., el reclamante dice que “jamás le advirtió el Doctor ... del elevado riesgo de luxación, ya que obviamente de haber sido así y porque es «inteligente» no se hubiese dejado intervenir. Más aún, el Doctor ... lo único que manifestó al reclamante (de ello hay varios testigos tanto del personal sanitario como de la familia del reclamante) es que siendo intervenido quirúrgicamente de prótesis de cadera, en pocos días saldría del Hospital caminando con sus muletas”.

Por lo que se refiere a los consentimientos informados – “que no son tales en el sentido legal del término”, se dice- se ponen de manifiesto una serie de deficiencias que desvirtúan el cumplimiento de este deber legal; todo ello con fundamento en pasajes del informe pericial que, a petición de parte, se emitió y entregó en este trámite y al que más tarde se aludirá.

En escrito de 8 de febrero de 2010 del Dr. ... a la instructora del expediente se ratifica el citado doctor en el informe presentado con anterioridad. Y añade: “Efectivamente, revisando la Historia Clínica constato que el consentimiento presentado y firmado el día de la fractura corresponde a osteosíntesis de cadera, por error al presentarse el consentimiento. No hubo ningún error en las explicaciones realizadas por mí, ni en el tipo de intervención a realizar ni en el tipo de artroplastia a colocar, teniendo en cuenta sus antecedentes de paraplejia. Esta situación y no otra fue aceptada por el paciente de mutuo acuerdo conmigo en la cabina de exploración de urgencias el día de su caída”.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don ... el día 26 de junio de 2009, por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por don ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios en relación con el estado actual de graves daños físicos y morales del reclamante. 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.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.

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 la exigida.

II.2ª. Tramitación del expediente

La LFACFN establece en sus artículos 82 y siguientes el procedimiento general que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, solicitud de otros informes necesarios, audiencia del interesado por un plazo de diez días hábiles, propuesta de resolución, dictamen del Consejo de Navarra cuando sea preceptivo y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente y notificación.

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.

Proyectando estas previsiones normativas al presente caso, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, pues se han incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al Sr., constan además informes médicos suficientes para valorar la misma y se ha respetado el derecho de audiencia y defensa, otorgando la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones –que se llevaron a cabo- y presentación de documentos que se estimaran convenientes.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, 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, 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.

La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 141.2 LRJ-PAC). El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 142.5 LRJ-PAC).

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización; y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2000).

II.4ª. En particular, la antijuridicidad del daño. Infracción de la *lex artis*

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo viene reiterando, el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración aparece 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 (Sentencias del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2001 y de 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, Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 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.

De manera que cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun habiéndose producido secuelas en el enfermo, si la intervención profesional se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, se está ante un resultado que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el transcrito artículo 141.1 de la LRJ-PAC. Lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no será, por tanto, el proceder de la Administración, dado que ésta responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, que no concurrirá cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél (Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de diciembre de 2001).

En definitiva, la actuación conforme con la *lex artis* -es decir, con la aplicación correcta de los conocimientos profesionales al caso analizado, según el estado actual de la ciencia y de la técnica- elimina cualquier reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida. Si éste fuera el supuesto, el daño producido no sería antijurídico y, por tanto, faltaría uno de los requisitos necesarios para que naciera la responsabilidad de la Administración.

En nuestro caso, la existencia del daño parece incontrovertida. Como consecuencia de la lesión sufrida el 23 de junio de 2008, el paciente fue sometido a una serie de intervenciones quirúrgicas (colocación de prótesis total de cadera, sustitución de la misma, retirada de la prótesis...), así como reposo en cama, curas, tratamiento rehabilitador y farmacológico. El informe pericial a cargo del Dr. ... señala en su conclusión novena que “como consecuencia de las opciones terapéuticas acometidas el Sr. ... invirtió unos periodos de curación superiores a los que habría padecido de optarse inicialmente por un tratamiento conservador en los siguientes días:

- Prolongación periodo curación de 124 días.
- Prolongación del periodo de hospitalización de 118 días.
- Prolongación del periodo impeditivo de 6 días”.

Y en la conclusión décima se lee: “Así mismo y derivados de los tratamientos quirúrgicos acometidos el Sr. ... presenta los siguientes Daños Corporales:

- Daños Fisiológicos:
 - Edemas por insuficiencia venosa en pierna izda, de intensidad moderada.
 - Aumento de espasticidad y flexo en cadera izda que condiciona un acortamiento de extremidad inferior.
- Daños Estéticos: Cicatrices en cadera y muslo izdo, así como en región glútea, que ocasionan un daño estético ligero”.

El análisis y los conceptos que figuran en dicho informe no han sido contradichos por la Administración Sanitaria cuya propuesta de resolución prescinde por completo del mencionado documento, sin que los profesionales intervinientes en la atención del reclamante tampoco hayan manifestado oposición a semejante descripción dañosa.

Reconocido el daño, se debe plantear si resulta antijurídico o, por el contrario, el paciente debe asumir las consecuencias del mismo. De los informes médicos aportados al procedimiento cabe concluir indubitadamente que la primera intervención realizada –prótesis total de cadera- en las condiciones en que se hallaba el paciente –paraplejia por lesión medular (nivel D-8)- constituía un riesgo evidente y, por tanto, resultaba una respuesta arriesgada y, en esa medida, desaconsejada con carácter general. El informe del Dr. ... señala: “Ya en Urgencias comenté con el paciente la problemática de su situación, ya que los pacientes parapléjicos presentan un doble problema: por un lado, la parálisis que conlleva una pérdida de tono muscular con el riesgo de luxación protésica, y, por otro lado la osteopenia por desuso. El paciente me comentó que tenía 50 años, y aunque llevaba unos años con paraplejia era autónomo, ya que podía caminar con muletas basculando la pelvis hacia delante, es decir, llevando una marcha pendular larga. Hablamos de las opciones terapéuticas para su caso. Habitualmente los dejábamos sin operar o bien realizábamos la intervención de Girdlestone, resecaando la cabeza femoral. Cualquiera de las opciones anteriores conllevaría la necesidad de una silla de ruedas y no volver a caminar de la manera habitual. Le comenté que desde hacía unos 10 ó 12 años habían aparecido en el mercado unas prótesis totales de cadera con un cotilo constreñido, es decir, con un sistema retentivo de doble cúpula y anillo que evitaba la luxación de la cabeza protésica y que para él, ya que sus radiografías simples realizadas en Urgencias no evidenciaban una osteoporosis, podría ser una solución para unos años y la única posibilidad de intentar conseguir la marcha autónoma que realizaba”.

La conclusión 8 del informe de ... dice textualmente: “La opción del reemplazo total de cadera en las fracturas subcapitales puede ser una decisión discutible o, como mucho controvertida, por el riesgo de luxación, pero en ningún caso negligente”.

Dentro de las “conclusiones médico legales” del informe del perito Dr. ..., la tercera señala: “A pesar de la problemática específica de su estado anterior y de no ser la opción terapéutica habitualmente empleada (tratamiento conservador o resección cabeza femoral-Girdlestone), se optó por un tratamiento quirúrgico, sustitución protésica o artroplastia total de cadera con cótilo constreñido, con el fin de intentar mantener durante unos años la marcha con bitutores”. En la cuarta, se lee: “Si bien dicha opción fue tratada en sesión clínica, **no existe constancia de consulta con centro especializado en lesionados medulares** para contrastar experiencia, **ni evidencia científica que avale resultados de dicha intervención en parapléjicos**”.

A la vista del expediente administrativo remitido, la historia clínica examinada y los informes médicos que se han emitido, este Consejo tiene que pronunciarse a favor de la antijuridicidad del resultado, sin que por parte de la Administración reclamada se haya ofrecido prueba alguna fundada que justifique el comportamiento dañoso llevado a cabo por los profesionales sanitarios. Tal comportamiento dañoso fue el resultado de la elección de una opción médico-quirúrgica desaconsejada por regla general en situaciones como la que presentaba el paciente. Sólo la voluntad decidida del paciente, tras la exhaustiva información ofrecida por el profesional que iba a intervenirle quirúrgicamente -en la que se detallaran todos los riesgos que asumía con la misma-, podría haber justificado la intervención. Y del análisis del expediente no cabe concluir que aquélla se hubiese producido. La elección de una técnica tan arriesgada dada la lesión medular y correspondiente paraplejia del paciente requería una especial diligencia y esmero en la información que se le debía ofrecer, así como una respuesta madura y concedora de los riesgos que asumía por parte de aquél. Ello no se produjo en el presente caso, contraviniendo claramente los dictados de la *lex artis ad hoc*.

II.5ª. Ausencia de consentimiento informado

Como advierte la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Primera) de 10 de mayo de 2006, el deber de información integra una de las obligaciones asumidas por los médicos, y es requisito previo a todo consentimiento. Se

trata –afirma- de que el paciente participe en la toma de decisiones que afecten a su salud y de que, a través de la información que se le proporciona, pueda ponderar la posibilidad de sustraerse a una determinada intervención quirúrgica, de contrastar el pronóstico con otros facultativos y de ponerla en su caso a cargo de un centro o especialistas distintos de quienes le informan de las circunstancias relacionadas con la misma. “La falta de información –continúa el Tribunal Supremo- implica una mala praxis médica”, que no sólo es relevante desde el punto de vista de la imputación, sino que es además una consecuencia que la norma procura que no acontezca, para permitir que el paciente pueda ejercitar con cabal conocimiento el derecho a la autonomía decisoria más conveniente a sus intereses, que tiene su fundamento en la dignidad de la persona. No puede aceptarse –concluye esta sentencia- que en los casos en que no es posible optar por otra alternativa distinta al tratamiento, queda enervada la obligación de informar y obtener el consentimiento informado previo a la intervención pues la actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a su salud.

El defecto de consentimiento informado –sostiene la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 20 de septiembre de 2005-, se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario que da lugar a la indemnización correspondiente cuando de la actuación del servicio público sanitario derivan secuelas de cuya posibilidad no fue informado el paciente (en el mismo sentido, entre otras, Sentencias del Tribunal Supremo de 2 de octubre de 1997, de 3 de octubre de 2000 y de 4 de abril de 2006).

La regulación del consentimiento informado se ha visto reforzada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Su artículo 2.2 establece: “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos por la Ley”. Por su parte, el artículo 8, bajo la rúbrica “consentimiento informado”, manifiesta en sus tres primeros apartados: “1.

Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica... 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo...”.

A la Ley anterior, que tiene condición de básica -según su disposición adicional primera-, en Navarra se debe añadir la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos de los pacientes a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, cuyo artículo 7 -bajo el epígrafe “El consentimiento informado”- preceptúa que “cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada... Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas...”.

La información clínica se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad (artículo 4.2 Ley 41/2002). Se deberá proporcionar al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica sobre las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones (artículo 10.1 Ley 41/2002).

En el caso examinado se ponen de manifiesto dos posturas radicalmente contrarias respecto a la información facilitada por los profesionales sanitarios y al consentimiento informado del paciente. La jurisprudencia civil ha experimentado una notable evolución desde un planteamiento inicial favorable a atribuir al demandante la carga de la prueba sobre la ausencia de información o de consentimiento informado. Actualmente, con un origen que la propia Sala Primera del Tribunal Supremo

establece en su sentencia de 16 de octubre de 1998, el criterio es el contrario, justificándose tal inversión de la carga de la prueba con argumentos como la situación más favorable de los profesionales para aportar medios de prueba, o la imposibilidad de probar hechos negativos, *probatio diabolica* que coloca a la parte que se impone tal carga en una situación de indefensión contraria al principio de tutela judicial efectiva. Un exponente reciente de esta línea jurisprudencial consolidada lo constituye la sentencia de 18 de mayo de 2006. En la jurisdicción contencioso-administrativa, una doctrina equivalente se recoge en la STS (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 9 de mayo de 2005.

En el supuesto que se está analizando no se ofrecen elementos de prueba que nos lleven a pensar que la información se produjo en los términos requeridos. Así el doctor responsable de la intervención quirúrgica indica: “Hablamos de las opciones terapéuticas para su caso... Dicha opción (la prótesis total de cadera) fue aceptada por el paciente”. Frente a semejante afirmación, se opone la del paciente: “Al reclamante jamás le advirtió el Doctor ... del elevado riesgo de luxación, ya que obviamente de haber sido así y porque es <inteligente> no se hubiese dejado intervenir”.

Los documentos de “consentimiento informado” suscritos por los facultativos y el paciente que hubieran podido aportar principios de prueba para la Administración constituyen precisamente los argumentos más poderosos en su contra. En efecto, tal y como ha quedado recogido en este dictamen, el primero de los emitidos no sólo no informa de la intervención que se va a seguir con el paciente y de los riesgos que la misma conlleva en relación a su peculiar situación, sino que confunde el tipo de intervención que se va a llevar a cabo. El consentimiento corresponde a una osteosíntesis de fractura de cadera, no a una implantación de prótesis de cadera (artroplastia), de tal manera que –como señala en su informe el perito Dr. ...- figuran complicaciones que no aparecen nunca en la intervención de la prótesis de cadera (necrosis ósea avascular, pseudoartrosis, etc.) y, por el contrario, no se indican las complicaciones más frecuentes, como las que se han producido (luxación de la prótesis y desplazamiento de los componentes); tampoco se describen la situación especial del paciente (paraplejia) y el aumento de los riesgos derivados de su estado. Respecto al

documento que recoge el consentimiento informado relativo a la segunda intervención consistente en el recambio protésico por cotilo especial de tantalio y cotilo deretentivo antiluxación, el modelo que cumplimentó el paciente no pudo ser más ambiguo: no detalla la intervención quirúrgica a realizar (se limita a señalar “intervención quirúrgica), ni la información recibida (apartado en blanco), ni los riesgos y/o complicaciones específicos por su paraplejía.

II.6ª. Fijación de la indemnización

Finalmente es obligado el pronunciamiento sobre el “quantum” indemnizatorio. El reclamante cifra la cantidad exigida en 134.538,94 euros.

En el informe médico pericial del Dr. ..., en su conclusión novena, se dice que, como consecuencia de las opciones terapéuticas acometidas, el Sr. ... invirtió unos periodos de curación superiores a los que habría padecido de optarse inicialmente por un tratamiento conservador en los siguientes días: a) Prolongación periodo curación de 124 días; b) prolongación del periodo de hospitalización de 118 días; c) prolongación del periodo impeditivo de 6 días. En la conclusión décima se establece que, así mismo y derivados de los tratamientos quirúrgicos acometidos, el paciente presenta los siguientes daños corporales: a) Daños fisiológicos (edemas por insuficiencia venosa en pierna izda., de intensidad moderada y aumento de espasticidad y flexo en cadera izda., que condiciona un acortamiento de extremidad inferior); b) daños estéticos (cicatrices en cadera y muslo izdo., así como en región glútea, que ocasionan un daño estético ligero). Y en la undécima se apunta que, a título orientativo y desde un punto de vista estrictamente médico, dichas secuelas pueden ser baremadas de acuerdo con el baremo de la tabla VI del anexo de la Ley 34/03, reproducido en el R.D. 8/2004, de 29 de octubre, con la siguiente puntuación: 17 puntos por incapacidad permanente y 3 puntos por perjuicio estético.

La indemnización responde al principio de reparación integral de los daños y perjuicios causados. La indemnización comprensiva del daño moral y el perjuicio patrimonial se calculará atendiendo las circunstancias personales, laborales y familiares del paciente, así como la patología y

demás datos concurrentes en la lesión. Esta valoración exige una apreciación racional aunque no matemática, dadas las circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria, sin olvidar el innegable componente subjetivo de la determinación de los daños morales.

En cuanto al momento de la valoración del perjuicio, el artículo 141.3 de la LRJ-PAC establece que “la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el Instituto Nacional de Estadística y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley General Presupuestaria”. El Tribunal Supremo viene considerando como uno de los instrumentos adecuados para hacer efectivo el principio de indemnidad, la consideración de la obligación pecuniaria de resarcimiento como una deuda de valor, que lleva a fijar la cuantía de la deuda actualizada al momento de su determinación o fijación, y no al momento de producción del daño (sentencia de la Sala Tercera, Sección 6ª, del Tribunal Supremo, de 21 de abril de 1998).

Aplicando los criterios anteriormente expuestos, tomando como referencia la peritación de los daños realizada por el Dr. ... llevada a cabo conforme al baremo para la valoración de daños y perjuicios causados en accidentes de circulación, establecido en la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, será la Administración la que fije definitivamente la cantidad con que deberá indemnizar a don

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, debe ser estimada, indemnizando al reclamante en la cantidad que resulte de acuerdo con los criterios señalados en el cuerpo de este dictamen.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.