

Expediente: 9/2012

Objeto: Responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria.

Dictamen: 20/2012, de 20 de abril

DICTAMEN

En Pamplona, a 20 de abril de 2012,

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 27 de enero de 2012 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra a través del 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..., en nombre y representación de doña... y de sus hijos... y..., por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios en relación al fallecimiento de doña...

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 15/2012, de 16 de marzo, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito de 17 de noviembre de 2010, don..., en nombre y representación de doña..., de don... y doña..., formuló reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios sufridos con ocasión del fallecimiento de doña...

En dicho escrito se aducen sustancialmente los siguientes hechos y valoraciones, que a continuación se relatan:

- Doña..., de 76 años de edad, sufrió en la tarde del 15 de noviembre de 2009 una caída accidental al bajarse del automóvil en el que viajaba, sufriendo un importante golpe en la cabeza y heridas en la cara y en el brazo izquierdo, por lo que fue trasladada al Centro de Salud de Peralta y posteriormente al Hospital de...
- La Sra... ingresa ese mismo día en el Servicio de Urgencias del Hospital de... en el que se le realiza la correspondiente exploración neurológica, dándosele de alta posteriormente, tras la práctica de diversas pruebas, entre ellas un TAC craneal con el siguiente diagnóstico: "Fractura de los huesos de la cara, fractura del húmero izquierdo, herida en la cara y traumatismo craneoencefálico".
- La misma tarde del 16 de noviembre, encontrándose en su domicilio, doña... comenzó a presentar un cuadro de cefalea, vómitos y hablar confuso. Se avisa al médico de guardia, quien le remite de manera urgente al Hospital de... A su llegada al Servicio de Urgencias del Hospital de... se encontraba en estado de coma, procediéndose a sedarla y entubarla. La práctica de un nuevo TAC craneal confirmó la presencia de un "hematoma subdural". Los Servicios de Neurología y Cuidados Intensivos decidieron no tomar ninguna medida de soporte vital y no reanimar en caso de parada cardiorrespiratoria.

- Se envía a la Sra... al Servicio de Geriátrica, donde únicamente se procedió a un tratamiento paliativo con cloruro mórfico. Doña... falleció el 19 de noviembre de 2009, a las 9 de la mañana. En definitiva, a la paciente se le practicó la eutanasia, dejándola morir sin evacuar quirúrgicamente el hematoma subdural.
- El escrito fundamenta su reclamación en la infracción del derecho a la protección de la salud, sobre la base de que se dan en el caso todos los requisitos que amparan la responsabilidad patrimonial de la Administración, evaluando la totalidad de los daños y perjuicios causados a los recurrentes -quienes reclaman en nombre propio y en nombre de su padre y esposo fallecido- en 150.000 €.

Iniciación del procedimiento

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación a los interesados el 21 de diciembre de 2010, informándoles de la admisión a trámite de su reclamación, de la identidad de la instructora del procedimiento, así como del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (6 meses), de los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud), así como de los efectos que se pueden derivar con la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de la historia clínica de doña...

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, se solicitó de la Subdirección de Consultas Externas, Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria la remisión de la historia clínica completa de doña..., debiendo incluir los TAC craneales realizados los días 15 y 16 de noviembre de 2009.

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

- Siendo las 22,50 del día 15 de noviembre de 2009, ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital... doña..., que refiere una caída

accidental esa misma noche al engancharse el abrigo en la puerta del coche, cayéndose y produciéndose una contusión en región frontal. No existe amnesia del episodio, ni pérdida del conocimiento. Se lleva a cabo la correspondiente exploración física, con el siguiente resultado de la exploración neurológica: “Normal. Consciente y orientada temporoespacialmente. Glasgow 15. Lenguaje normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Tono muscular normal. Fuerza muscular conservada”. Se le practica un TAC. El diagnóstico provisional es el siguiente: “TCE leve-facial: Fractura de suelo orbitario izdo. con sangrado en seno maxilar superior. Hematoma periorbitario izquierdo. Cefalohematoma frontal izdo. Fractura cabeza humeral izquierda. Herida incisa en región paraorbitaria izquierda”.

- El 16 de noviembre de 2009 se le realiza a la paciente un TAC craneal, con el siguiente resultado descriptivo: “Lesiones hipodensas en relación con patología isquémica crónica en cápsula externa izquierda y ambas coronas radiadas. Lesión hipodensa en bulbo en relación con patología isquémica crónica. Ligeras atrofia cortico-subcortical difusa. Fractura de suelo orbitario izdo. con sangrado en seno maxilar”. Conclusión: “no existen signos concluyentes de patología aguda intracraneal”. Durante su estancia en el Servicio de Urgencias experimenta buena evolución y buena tolerancia oral. El juicio clínico señala: “Traumatismo craneoencefálico. Fractura de los huesos de la cara. Herida en cara. Fractura de húmero”. Se solicita consulta en Servicio de Cirugía Maxilofacial para ser visto el 26 de noviembre de 2009. será controlado por su médico de Atención Primaria- Se le adjunta y explica folleto de “Recomendaciones para la observación domiciliar de pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE)”.
- El 16 de noviembre de 2009 vuelve de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital..., trasladada en una ambulancia medicalizada, con pérdida de consciencia, cefalea, vómitos y hablar confuso. En la ambulancia la ven ligeramente obnubilada y con

habla ininteligible. Ya en el Servicio de Urgencias, se encuentra “inconsciente, con tubo de Guedel, le sedamos, relajamos e intubamos”. El diagnóstico provisional: “Hematoma subdural agudo”. Se le realiza un nuevo TAC en el que se describe: “Imagen hiperdensa de morfología semiluna en situación periférica hemisférica derecha con efecto de masa y marcado desplazamiento de la línea media (17mm), sugestivo de hematoma subdural. El resto de las lesiones son similares a estudios previos”. Conclusión: “Hematoma subdural”. Se solicita interconsulta con Servicio de Neurocirugía y UVI (descartándose realizar intervención quirúrgica). Se comunica a su hijo, que le acompaña, pronóstico de la paciente decidiendo retirar tubo endotraqueal. Los Servicios de Neurocirugía e Intensivos descartan realizar intervención quirúrgica, “comunicándole a su hijo el pronóstico nefasto de la paciente y enviándose la misma al Servicio de Geriátrica donde ingresa en coma, sin responder a ningún estímulo y donde se procede a tratamiento analgésico con cloruro mórfico, falleciendo la paciente el 19/11/2009 a las 9:00 horas”.

Informes

Para facilitar la valoración del caso, la instructora del procedimiento de responsabilidad patrimonial solicita informes sobre los hechos planteados en la reclamación a los doctores..., Jefe del Servicio de Neurocirugía..., Jefe del Servicio de Medicina Intensiva, y..., Jefe del Servicio de Urgencias, todos ellos del Complejo Hospitalario de Navarra.

En el informe conjunto de los doctores... y..., se lee que, tras la realización de dos TAC, y una vez vuelto a ingresar, se lleva a cabo un tercer TAC “que muestra la presencia de un hematoma subdural agudo con gran desplazamiento de la línea media (17 mm)”, señalando a continuación: “El Servicio de Urgencias consulta con los S. Neurocirugía y S. Medicina Intensiva (UCI) la actitud a seguir. Tras valoración del tipo de lesión y el grado de afectación (GCS: 5), se informa a la familia del mal pronóstico que cabe esperar independientemente del tratamiento. De común acuerdo con la

familia se descarta cualquier actitud quirúrgica así como cualquier medida de soporte vital”. Más adelante el informe contiene estas consideraciones: “La decisión de limitar o no aplicar determinadas medidas como la evacuación quirúrgica, el ingreso en la UCI o la no aplicación de medidas de soporte vital se basa en el principio de futilidad. La futilidad hace referencia al tratamiento médico o quirúrgico cuya aplicación está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico y porque previsiblemente produce perjuicios desproporcionados al beneficio esperado. En el caso de un hematoma subdural agudo, la decisión se basa en factores claramente relacionados con el mal pronóstico como son una situación de coma previo a la cirugía (Glasgow<9), las características del hematoma en el TAC craneal (desplazamiento línea media>10 mm) y la edad del paciente (>70 años). En estas circunstancias y en base al mal pronóstico (muerte o situaciones de coma prolongado), se considera tanto la intervención quirúrgica como la aplicación de medidas de soporte medidas fútiles y por tanto son tratamientos considerados inapropiados. Esta fue una decisión consensuada por los profesionales implicados y los representantes de la paciente (familia). En estas circunstancias pasan a ser prioritarios los cuidados y tratamientos dirigidos al bienestar del paciente”.

En el informe del doctor... se afirma sustancialmente, referido a la paciente, que “es correcto que presenta bruscamente un cuadro de cefalea, vómitos y hablar confuso, llega a urgencias en Coma (Glasgow 5 puntos), y se le diagnostica un Hematoma subdural”. Más adelante, se indica: “Consta en HCl Servicio de Geriátría: Hematoma Subdural siendo valorado por el Servicio de Neurocirugía e Intensivos descartándose realizar intervención quirúrgica comunicándole a su hijo el pronóstico nefasto de la paciente y enviándose la misma al Servicio de Geriátría donde ingresa en coma, sin responder a ningún estímulo y donde se procede a tratamiento analgésico con cloruro mórfico”. Las conclusiones del informe del doctor Sesma son las siguientes: “Se decidió no intervenir debido a la situación clínica y al mal pronóstico. Se le comunicó al hijo. En ese caso, es un contrasentido reanimar en caso de parada cardíaca. Abstenerse de intervenir a un paciente sin ninguna posibilidad terapéutica, y con un pronóstico fatal, no es «practicar la eutanasia»”.

Dictamen médico

Asimismo, consta en el expediente dictamen médico de la Asesoría Médica..., emitido el 7 de junio de 2011 por los doctores..., ... y..., neurocirujanos del Hospital ... En él, tras la exposición resumida de los hechos más significativos y las consideraciones médicas relativas a los tipos de traumatismos craneales (TCE), se indica que “en el caso que nos ocupa, se trata de una paciente valorada en urgencias por un hematoma subdural agudo de carácter diferido, con importante efecto de masa y con una situación neurológica de coma profundo, en la que se desestimó tratamiento quirúrgico y dada la no reversibilidad de su estado neurológico se retiraron las medidas de soporte vital, falleciendo la paciente a las 48 horas del ingreso”. A continuación se dice que “una vez evaluados todos los informes aportados, consideramos que todas las actuaciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, han sido totalmente correctas, sin evidencias de mala praxis o actuación médica contraria a la *lex artis*. En esta paciente la exploración neurológica junto con el diagnóstico neurorradiológico mostraban un daño cerebral irreversible, que suponía la imposibilidad de recuperación del nivel de consciencia según el criterio de los facultativos especialistas que la atendieron. Tras la valoración de la historia clínica, consideramos correcta la no indicación de tratamiento quirúrgico. En una paciente de 76 años con lesiones neurológicas irreversibles y en coma profundo que no va a ser tratada de su proceso primario (hematoma subdural), no hay indicación de mantener las medidas de soporte vital en la UCI, pues no hay posibilidad de retirar dicha intubación por mejora espontánea del nivel de consciencia. Esta retirada de medidas de soporte vital no puede considerarse en ningún caso eutanasia, en una paciente en una situación de coma irreversible de origen estructural. En base a las consideraciones previas no consideramos justificada la reclamación”. El informe termina con las conclusiones siguientes: “1. La atención médica de la paciente fue totalmente correcta. 2. La no indicación de intervención quirúrgica nos parece correcta dada la situación de coma irreversible, debido a la herniación cerebral de la paciente que evidenció el TAC craneal. 3. La retirada del soporte vital y el no ingreso en la UCI son medidas correctas

ante un coma neurológico de carácter irreversible. 4. Por todo lo anterior, no consideramos justificada la reclamación”.

Ampliación de plazo para resolver. Trámite de audiencia y alegaciones

En escrito de 10 de junio de 2011, la instructora del expediente solicita ampliación de plazo para resolver. Mediante resolución 1372/2011, de 10 de junio, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea se amplía el plazo y se traslada dicha resolución al abogado don..., en representación de los reclamantes.

Con fecha 22 de junio de 2011 la instructora acuerda abrir trámite de audiencia por un periodo de diez días hábiles para la presentación de alegaciones, en su caso, y presentación de nuevos documentos y justificaciones si lo estima pertinente. Asimismo, se le facilita al recurrente copia de la historia clínica y los informes médicos a los que nos hemos referido anteriormente. Los reclamantes no hicieron uso de su derecho.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., en nombre y representación de doña... y sus hijos... y..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en relación con el fallecimiento de doña... En su fundamentación se traen a colación los informes de los facultativos que le atendieron, así como las consideraciones y conclusiones del dictamen de la asesoría médica...

Destaca del informe de los doctores... y... que la paciente “es remitida a su domicilio (según informes) tras la realización de 2 TCs craneales en los que no se aprecia patología traumática intracraneal y estando clínicamente estable. Reingresa posteriormente tras presentar deterioro neurológico. En Urgencias se aprecia que está inconsciente y con un tubo de Guedel. Escala de coma de Glasgow de 5 de puntos. Pupila derecha no valorable

(intervenida) y la izquierda de tamaño medio y poco reactiva. Se realiza control de vía aérea mediante intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Traslado a radiología para nuevo TAC craneal que muestra la presencia de un hematoma subdural agudo con gran desplazamiento de la línea media (17 mm). El Servicio de Urgencias consulta con los Servicios de Neurocirugía y Medicina Intensiva (UCI) la actitud a seguir. Tras la valoración del tipo de lesión y el grado de afectación (GCS:%), se informa a la familia del mal pronóstico que cabe esperar independientemente del tratamiento. De común acuerdo con la familia se descarta cualquier actitud quirúrgica así como cualquier medida de soporte vital. Tras retirada de tubo orotraqueal, se traslada a hospitalización del servicio de Geriátrica donde se aplica tratamiento paliativo y fallece el día 19-11-2009". Más adelante, recoge del informe de los citados doctores lo siguiente: "La decisión de limitar o no aplicar determinadas medidas como la evacuación quirúrgica, el ingreso en la UCI o la no aplicación de medidas de soporte vital se basa en el principio de futilidad... Esta fue una decisión consensuada por los profesionales implicados y los representantes de la paciente (familia). En estas situaciones pasan a ser prioritarios los cuidados y tratamientos dirigidos al bienestar del paciente".

Del informe del doctor... destaca que considera correctos los diagnósticos realizados y que concluye que "se decidió no intervenir debido a la situación clínica y al mal pronóstico. Se le comunicó al hijo. En ese caso es un contrasentido reanimar en caso de parada cardiaca. Abstenerse de intervenir a un paciente sin ninguna posibilidad terapéutica, y con un pronóstico fatal, no es practicar la eutanasia".

Se recoge, igualmente, en la propuesta de resolución, pasajes del informe de..., en los que se afirma que "en una paciente de 76 años con lesiones neurológicas irreversibles y en coma profundo que no va a ser tratada de su proceso primario (hematoma subdural) no hay indicación de mantener las medidas de soporte vital en la UCI, pues no hay posibilidad de retirar dicha intubación por mejoría espontánea del nivel de conciencia. Esta retirada de medidas de soporte vital no puede considerarse en ningún caso de eutanasia en una paciente en una situación de coma irreversible de

origen estructural”. En definitiva, concluye este informe pericial que no es justificada la reclamación.

La propuesta de resolución finaliza diciendo que “de los referidos informes y dictámenes se concluye que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue plenamente adecuada a la situación de coma irreversible que presentaba la paciente y de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, además de haber sido explicadas y contar con el consentimiento de su hijo, de parentesco y proximidad geográfica mayor que los reclamantes, por lo que procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por don..., en nombre y representación de doña... y sus hijos... y..., por los daños y perjuicios que entienden derivados de la asistencia sanitaria prestada a doña... en cuyo transcurso falleció. Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra,

propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Por último, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constanding además informes médicos suficientes 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, formulación de alegaciones y presentación de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la 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 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 de 13 de julio de 2000).

II.3ª. En particular, la antijuridicidad del daño. Sobre la 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 aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (entre otros, dictámenes 32/2009, de 24 de julio, y 8/2012, de 16 de enero), 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; 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007). La *lex artis ad hoc* ha sido descrita por el Tribunal Supremo como “criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina... que tiene en cuenta las especialidades características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida... siendo sus notas: 1) Como tal «*lex artis*» implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos” (STS 11 de marzo de 1991).

Así pues, cuando del servicio sanitario o médico se trata, la prestación de una asistencia sanitaria correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun habiéndose producido secuelas o fallecimiento del 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 (STS de 22 de diciembre de 2001).

En el presente caso resulta evidente que se ha producido el fallecimiento de la suegra y abuela de los reclamantes. No es, por tanto, la existencia del daño la que, en principio, se debe valorar, sino si la actuación sanitaria se desarrolló de acuerdo con la *lex artis ad hoc*, es decir, si ha sido conforme con los cánones profesionales preestablecidos, en cuyo caso, dicho fallecimiento se encuadraría en este correcto marco profesional, por lo que no cabría sostener la antijuridicidad del daño.

Como se ha recogido en los antecedentes, los reclamantes sustentan su pretensión de responsabilidad patrimonial, y en definitiva las indemnizaciones que solicitan, en que a la paciente “se le practicó de hecho la eutanasia, dejándola morir sin evacuar quirúrgicamente el hematoma subdural”.

Por su parte, los médicos responsables de la atención sanitaria de la paciente, doctores... y..., sostienen categóricamente que de acuerdo con el principio de futilidad “en el caso de un hematoma subdural agudo, la decisión (sobre determinadas medidas como la evacuación quirúrgica, el ingreso en UCI o la no aplicación de medidas de soporte vital) se basa en factores claramente relacionados con el mal pronóstico como son una situación de

coma previo a la cirugía (Glasgow<9), las características del hematoma en el TAC craneal (desplazamiento línea media>10mm) y la edad del paciente (>70 años). En estas circunstancias y en base al mal pronóstico (muerte o situaciones de coma prolongado), se considera tanto la intervención quirúrgica como la aplicación de medidas de soporte vital fútiles y por lo tanto son tratamientos considerados inapropiados”. Fue ésta -concluyen- una decisión consensuada por los profesionales implicados y los representantes de la paciente.

Asimismo, el doctor..., Jefe de Servicio de Urgencia, es igualmente concluyente en su informe: “Se decidió no intervenir debido a la situación clínica y al mal pronóstico. Se le comunicó al hijo. En ese caso, es un contrasentido reanimar en caso de parada cardiaca. Abstenerse de intervenir a un paciente sin ninguna posibilidad terapéutica, y con un pronóstico fatal, no es «practicar la eutanasia»”.

Por su parte, el dictamen pericial de Dictamed tampoco deja lugar a dudas: “La atención médica de la paciente fue totalmente correcta en este caso. La no indicación de intervención quirúrgica nos parece correcta dada la situación de coma irreversible, debido a la herniación cerebral de la paciente que evidenció el TAC craneal. La retirada del soporte y el no ingreso en la UCI son medidas correctas ante un coma neurológico irreversible”.

De otro lado, la propuesta de resolución pone de manifiesto cómo los reclamantes no han presentado dictamen pericial alguno que contradiga los informes obrantes en el expediente.

En definitiva, de tales informes se infiere que no nos encontramos ante un daño antijurídico, sino con el fallecimiento acaecido en el marco de una correcta actuación profesional, conforme con los dictados de la *lex artis ad hoc*.

III. CONCLUSIÓN

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

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.