

Expediente: 7/2013

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

Dictamen: 10/2013, de 9 de abril

DICTAMEN

En Pamplona, a 9 de abril de 2013,

el Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente; doña María Asunción Erice Echegaray, Consejera-Secretaria; y los Consejeros doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don Alfredo Irujo Andueza y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente doña M^a Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1^a. Consulta

El día 14 de febrero de 2013 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra en el 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, del Consejo de Navarra, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Orden Foral 11/2013, de 4 de febrero, de la Consejera de Salud, en la que se ordena la solicitud del dictamen preceptivo de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito de 3 de abril de 2012 don..., formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios dimanantes de errores médicos cometidos en el Hospital ..., que le han originado la incapacidad permanente total para el ejercicio de su profesión habitual y otras consecuencias conexas.

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

- Don... sufrió un accidente el día 22 de febrero de 2010 mientras estaba trabajando en la pared de la casa de la calle... número... de la localidad de Aibar (Navarra). De este hecho se levantó por la Policía Foral el atestado número P-275/10 de prevención de accidentes laborales.

Al momento de producirse el accidente, poseía la condición de autónomo como socio de la sociedad civil o irregular -...-, dedicada a la instalación de gas, fontanería y calefacción; actividad en la que cesó después de que fue declarado en situación de "incapacidad total" para su "profesión habitual" con efectos desde la fecha de 26 de enero de 2012.

- La causa eficiente del accidente fue el desprendimiento del enfoscado o cubierta de la pared en la que se había abierto una cata para la colocación de una comunicación de tendido, a cuyo efecto don... había colocado contra dicha pared una escalera en la que se encontraba subido. Los responsables de la obra civil en la que se produjo el accidente eran los copropietarios del edificio y a ellos, según se dice en la reclamación, cabe asignar la responsabilidad del accidente.

- El diagnóstico de la lesión sufrida fue fractura abierta de tibia y peroné izquierdos, refiriéndose en la anamnesis de los informes hospitalarios como "*fractura abierta 1/3 medio diadisiario de tibia y peroné izquierdo+fractura pilón tibia*".

- El calendario de la historia médica fue el siguiente:

Periodo de baja laboral del 22/02/2010 al 26/01/2012: 696 días.

Permaneció ingresado en el Hospita... en cinco ocasiones:

Del 22/02/2010 al 2/03/2010 (9 días)

Del 9/08/2010 al 25/08/2010 (17 días)

Del 25/08/2010 al 30/08/2010 (ingreso domiciliario, 6 días)

Del 31/08/2010 al 10/09/2010 (11 días)

Del 10/09/2010 al 24/09/2010 (15 días)

Efectuó rehabilitación:

De abril del 2010 a agosto de 2010

De noviembre de 2010 a noviembre de 2011.

- En el último informe de hospitalización de 28 de noviembre de 2011 figura, en el apartado de exploración física, "*pie y tobillo edematoso- Va: Fd:- 60º. FP: N*".

En el apartado de tratamiento se consigna que la herida se encuentra sin cicatriz y se preveía no cargar en dos meses. Dicha previsión se incumplió a partir de junio, en que se constatan la herida sin cicatrizar, el edema y la úlcera con cicatriz. Los informes posteriores reflejan "infección herida quirúrgica" con secuelas de limitación de movilidad, pérdida global de fuerza y otras vicisitudes.

- De todo lo anterior se concluye que se ha sufrido una infección hospitalaria, como consecuencia de la cual un proceso de curación previsible con un máximo de seis meses y sin secuelas se ha alargado dos años, provocando además una incapacidad permanente total para la profesión habitual.

La infección hospitalaria en el tratamiento de una lesión normal y habitual se debió a un error médico. Es por lo tanto responsable de los efectos de dicha infección el Gobierno de Navarra como titular de la administración sanitaria.

La causa productora de la incapacidad originada por la infección hospitalaria es el agente infeccioso conocido como estreptococo beta hemolítico del grupo B de cuya presencia y falta de ser contrarrestado resulta responsable la administración sanitaria pública de Navarra.

- Se reclama una indemnización por daños y perjuicios de seiscientos treinta y nueve mil quinientos sesenta euros (639.560 €) en atención a los días de incapacidad laboral transitoria imputables a la infección hospitalaria, los gastos personales y familiares, y el resarcimiento por incapacidad permanente, pérdida de trabajo y calidad de vida.

Iniciación del procedimiento

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación al interesado el 2 de mayo de 2012, informándole 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 podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de sus historias clínicas.

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, se solicitó a la Dirección-Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra la remisión de la historia clínica completa de don... sobre la asistencia de la fractura abierta en tibia y peroné izquierdos, así como del informe médico del Jefe de Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario de Navarra, doctor...

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

- El reclamante, de 36 años de edad en el momento de los hechos, ingresó en Urgencias del Hospital... el 22 de febrero de 2010 con la pierna inmovilizada con férula de vacío, al haber sufrido traumatismo en la pierna izquierda como consecuencia de una caída accidental. El diagnóstico fue

fractura tercio medio diafisario de tibia y peroné izquierdos, con trazo intra-articular tibio-astragalina, fractura abierta grado II de Gustillo.

- El equipo médico decidió su intervención urgente consistente en osteosíntesis quirúrgica, reconstrucción articular, relleno de aloinjerto de Banco de Huesos y osteosíntesis sólida. El paciente firmó el consentimiento informado para la intervención quirúrgica y autorizó la recepción del aloinjerto procedente del Banco de Huesos, procediéndose a dicha intervención el 22 de febrero de 2010.

- En el documento de consentimiento informado de cirugía ortopédica y traumatología, firmado por don... con fecha el 22 de febrero de 2010, constan impresos en el punto 3 como "Descripción de los riesgos típicos" los siguientes: "*Restricción del movimiento (rigidez articular), secundaria a la aparición de calcificaciones o al proceso de cicatrización*" e "*Infección que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención*". En el punto 4º, "Riesgos personalizados" que pueden aparecer "*por mis circunstancias especiales (médica o de otro tipo)*", se reseñan a mano como incidencias propias de factible concurrencia en el caso: los "*riesgo de infección por fractura abierta*" y "*trazo intraarticular*".

- Antes de la intervención quirúrgica, al reclamante se le administró vacunación y gammaglobulina antitetánica, así como la primera dosis de antibioterapia. Durante su ingreso en el hospital se le aplicó profilaxis antimicrobiana (T4) de 5 días con tres antibióticos de amplia cobertura (Cefazolina, Gentamicina y Metronidazol), además de antitrombótica y analgésica. En su evolución hospitalaria figura que ésta se desarrolló sin complicaciones y recibió el alta hospitalaria el día 2 de marzo de 2010.

- El 18 de marzo de 2010 acudió a la consulta externa de Traumatología para que se le efectuara revisión médica, y en ella se procedió a retirarle la férula. Según el informe de esa fecha, la fractura abierta del pilón tibial izquierdo presentaba una cicatrización normal y una epidermiolisis residual sin signos inflamatorios. El control de radiología y la evolución del paciente se estimaron satisfactorios, recomendándosele iniciar

la movilización del tobillo sin apoyo, acudir a rehabilitación y realizar las curas pertinentes en su centro de salud.

- En la revisión del 25 de mayo de 2010, la fractura abierta del pilón tibial se consigna que evoluciona satisfactoriamente. Según la exploración radiológica, la fractura está consolidada y no existen signos algodistróficos. En cuanto a la exploración física se señala que el paciente refiere edema residual, déficit flexo dorsal reducible pasivamente, flexión plantar completa y úlcera con cicatriz. Se prescribe que continúe con la rehabilitación e inicie deambulación en carga, fijándose nueva visita en dos meses.

- En la visita del 29 de julio de 2010 se aprecia edema residual importante y limitación de la flexión dorsal. La exploración radiológica muestra la existencia de consolidación anatómica y osteopenia severa en el pie izquierdo. El juicio clínico es algodistrofia refleja, por lo que se le pauta tratamiento con Calcitonina, Protelos y Osteopor, así como continuar en rehabilitación.

- El 4 de agosto de 2010 el reclamante acude a urgencias. En la exploración física se advierte enrojecimiento y rubor de la región cicatricial, dolor a la palpación, movilidad correcta y no déficit neurovascular distal. El diagnóstico es celulitis en la extremidad inferior izquierda, iniciándose el tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico de 500. La evolución resultó desfavorable, por lo que acudió de nuevo a urgencias el 9 de agosto de 2010 por el empeoramiento clínico de la pierna izquierda con enrojecimiento y aumento de temperatura a ese nivel. En el estudio Eco de las partes blandas se advirtió la existencia de varias colecciones heterogéneas de gran tamaño de aspecto líquido-detritus en la región anterior tibial izquierda. El juicio clínico es celulitis abscesificada pretibial izquierda. Se le ingresa en Traumatología y se procede al desbridamiento de colecciones profundas purulentas, requiriendo la interconsulta del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Se le detecta y aísla el agente infeccioso estreptococo del grupo B, siendo tratado con Ceftriaxona i. v.

- El 16 de agosto de 2010 se somete a una nueva intervención para retirarle el material de osteosíntesis y efectuarle una limpieza quirúrgica de la

herida, se le aplica tratamiento antibiótico conforme al antibiograma. El 25 de agosto de 2010 se le da el alta tras ser valorado por los Servicios de Enfermedades Infecciosas y Traumatología, pasando a Hospitalización Domiciliaria con indicación de la pauta antibiótica.

- Los días 31 de agosto de 2010 y 10 de septiembre de 2010 acude de nuevo a urgencias, siendo ingresado en el Servicio de Enfermedades Infecciosas. En ambas ocasiones refiere dolor e inflamación de la pierna izquierda, con área eritematosa que recuerda a celulitis previa, se le dispensa tratamiento con Ceftriaxona i. v. El juicio clínico es osteomielitis crónica por estreptococo betahemolítico grupo B en relación con fractura abierta y material de osteosíntesis, absceso subcutáneo a nivel tibial anterior y celulitis. Se le pauta tratamiento con Augmentine 2gr/8 horas hasta nueva orden.

- El 13 de septiembre de 2010 se le practica, previo estudio preoperatorio y correspondiente consentimiento informado, drenaje del hematoma organizado pretibial izquierdo sin colección purulenta. No se aprecia afección ósea aparente. En el postoperatorio inmediato se le trató con Augmentine, Enantyum y Aciphex. En la revisión postoperatoria del 26 de octubre de 2010 se le remitió a la consulta de rehabilitación por presentar limitación de los últimos grados de flexo-extensión; en la exploración se reseñó que la herida presentaba buen aspecto, con leve eritema pericicatricial tercio distal y sin signos de infección.

- El 3 de noviembre de 2010 acude a urgencias preocupado por el drenaje del pus, mostrando la herida quirúrgica buen aspecto y sin que se apreciara en ese momento infección.

- El 10 de noviembre de 2010 se le realizó un estudio TAC de la pierna izquierda, diagnosticándosele osteomielitis crónica del tercio distal de tibia en relación con los antecedentes de la fractura abierta y el material de osteosíntesis, con colección a nivel de músculo tibial anterior y celulitis de cara antero-externa previa, con mejoría respecto al último estudio de septiembre de 2010.

- El estudio de la Eco pierna de fecha 31 de diciembre de 2010 dio como resultado engrosamiento importante de partes blandas tanto en zona subcutánea como en zona de tibia anterior izquierda, en comparación con la derecha, que afecta a la parte anterior pero no a la articulación.

- En las revisiones posteriores (19-1-2011, 20-1-2011, 26-1-2011) se constata una evolución favorable respecto a la osteomielitis crónica de estreptococo betahemolítico grupo B y una mayor fuerza de movilidad.

- El 9 de febrero de 2011 se le efectúa RM en la rodilla izquierda por inestabilidad. El estudio indica que existe una disminución de ambos compartimentos fémoro-tibiales, con extrusión de ambos cuerpos meniscales, leves signos de gonartrosis. Se aprecia imagen compatible con quiste degenerativo de tipo meniscal o del LCA, tendinitis rotuliana y cuadricepsital.

- El 21 de marzo de 2011 se suspende el tratamiento antibiótico y se comienza con la rehabilitación. El déficit de flexión dorsal y plantar es 10°.

- El 15 de noviembre de 2011, don... es evaluado por Traumatología del Hospital... En la exploración se aprecia que existe cicatrización normal sin signos inflamatorios, un déficit de flexión plantar de 20% y flexión dorsal de 20%, con arco articular doloroso en todos los grados. La fractura se encuentra consolidada con signos de osteomielitis, hallándose probablemente en regresión. El déficit funcional se considera no recuperable y se estima que la situación en la que se encuentra puede ser valorada como definitiva, con posibilidad de empeoramiento por reactivación de infección ósea o evolución a una artrosis de tobillo con dificultades de tratamiento.

- El 12 de enero de 2012 es dado de alta por el Servicio de Enfermedades Infecciosas y el 5 de junio de 2012 por el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Informes

A solicitud de la instructora del procedimiento, el doctor..., Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Complejo Hospitalario de Navarra, emite informe sobre las actuaciones médicas de las que fue objeto el reclamante por su lesión.

En el informe se resalta que las fracturas del pilón tibial constituyen un grupo nosológico extremadamente difícil de tratar y todas ellas pueden considerarse lesiones graves, con riesgo de complicaciones alto. Esa gravedad depende de la energía con la que se desarrollen las lesiones y el hecho de que sean cerradas o abiertas, condicionando todo ello el tipo de fractura y el riesgo elevado de lesión de las partes blandas de forma inmediata o en su evolución próxima. Indica el doctor... que en las fracturas articulares “debe intentarse de manera obligada una reducción anatómica de mismas, ya que es conocido que aproximadamente un 60% de las mismas conllevarán el desarrollo posterior de una artropatía degenerativa del tobillo y un 30% de las mismas registrarán una infección precoz o tardía”.

Se señala que en el caso de don... el diagnóstico fue de fractura compleja, conminutación del pilón tibial, con severa afectación articular tipo III de Algöver producida por un mecanismo de energía baja, abierta de dentro a fuera, grado II de Gustillo, y con un riesgo moderado de infección. Por ello, conforme a la experiencia del equipo quirúrgico de guardia, se decidió aplicar un tratamiento urgente consistente en una osteosíntesis quirúrgica, con reconstrucción articular y relleno de aloinjerto del Banco de Huesos y osteosíntesis sólida. Además, se realizó un lavado exhaustivo y un cierre primario sin tensión, así como una profilaxis antimicrobiana (T4) 5 días con 3 antibióticos de amplio espectro (Cefazolina, Gentamicina y Metronidazol).

El informe recoge que la intervención fue notificada al paciente y a la familia, firmando el paciente el consentimiento informado en el que se referían como agravamientos específico a su caso el riesgo de infección y la afectación articular.

Destaca el informante que el proceso de evolución tras la operación se “cursó sin complicaciones de ningún tipo incluida la cicatrización de la herida quirúrgica”, siendo dado de alta el paciente el 2 de marzo de 2010.

En el informe también se da cuenta de la evolución positiva de la consolidación de la fractura en los meses siguientes y las vicisitudes posteriores de la lesión por su infección, que conllevaron el ingreso del reclamante en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica (14 de agosto de 2010), la retirada del material de osteosíntesis, el lavado y los cultivos seriados con identificación del estreptococo betahemolítico tipo B, y su tratamiento por el Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Igualmente, se detalla que el 13 de septiembre de 2010 se realizó al paciente desbridamiento quirúrgico, siendo su evolución posterior “con mejoría lenta aunque progresiva con cicatrización completa y revisión de la sintomatología infecciosa”.

Del informe cabe destacar sus afirmaciones y conclusiones finales:

1. Que la actitud por parte del informante y la actuación del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica fueron correctas, intentando aplicar el tratamiento más adecuado, a criterio del equipo médico, a la lesión que presentaba el accidentado.

2. Que la infección quirúrgica, que en principio no se manifestó, permitiendo incluso la consolidación de la fractura, no debe ser achacada a la actuación médica, siendo en todo caso una eventualidad con probabilidad relativamente alta de producirse por el tipo lesional, o incluso puede deberse a una contaminación posterior, más probable dado el tipo de germen ocasional y por la fecha de su sintomatología clínica infecciosa.

3. Que actualmente, don... se encuentra en alta de su patología con limitaciones funcionales en relación al tipo de fractura y en ningún caso secundarias a la actuación del equipo médico, siendo motivadas éstas por el tipo de lesión, ya que de ninguna forma se trata de una lesión habitual con una recuperación completa en los seis meses como se refiere en la demanda, ya que este tipo de patología constituye una de las situaciones

más complejas y con peor porcentaje de complicaciones de la traumatología, ya que el índice de limitaciones funcionales supera el 60%, la tasa de infección supera el 30% (la tasa de infección de intervenciones programadas limpias, se encuentra entre el 1 y 2 %) y que incluso en un 3% de los casos, puede requerir, debido a las mismas, la amputación del miembro afecto.

Dictamen médico.

Asimismo, consta en el expediente dictamen médico de la Asesoría Médica..., emitido el 5 de octubre de 2012 por el doctor... (ex Jefe de Servicio COT del Hospital... de Madrid y ex profesor asociado de Patología Quirúrgica de la Universidad Complutense, especialista en traumatología y cirugía ortopédica), el doctor... (especialista en cirugía general, traumatología y ortopedia) y doctor... (especialista en traumatología y cirugía ortopédica).

En cuanto a la fractura abierta, lesión sufrida por el reclamante, se indica que “la intensidad y la energía del trauma, la severidad del compromiso óseo y de los tejidos blandos definen el tipo de fractura y su clasificación y orientan su manejo”, advirtiendo que “del manejo inicial del paciente en general y de la fractura abierta en particular, depende el resultado final”.

Sobre el pronóstico de este tipo de lesiones se apunta expresamente que “potencialmente es una fractura de una herida contaminada-infectada (30%)”, señalándose que “la infección depende del daño asociado de los tejidos blandos y si consideramos la clasificación de Gustillo, las lesiones tipo I y II tienen un riesgo de infección de 10 al 25, razón por la que se deben utilizar, como en este caso, antibióticos efectivos para gram positivo y gram negativos mientras se esperan los cultivos”.

También se señala que “el manejo de las fracturas abiertas sigue el siguiente orden: etiología, estabilización hemodinámica, exploración clínica del miembro afectado, inmovilización del miembro, examen de radiológico, estudio angiográfico si es preciso, antibioterapia, valoración de viabilidad del miembro utilizando el sistema MESS (Mangled Extremity Severity Score),

escala que valora el grado de lesión ósea y de tejidos blandos, el grado de isquemia de la extremidad, shock hipovolémico y edad del paciente, estableciendo si el paciente es o no candidato a amputación como tratamiento inicial”.

En el análisis que se realiza de los hechos y actuaciones médicas se constata en el dictamen que “la actuación terapéutica inmediata efectuada a don... fue: profilaxis antimicrobiana, antitrombótica y analgésica. Se realizó diagnóstico clínico y radiológico correcto y bajo sedación se redujo la fractura. Después de valoración anestésica y de firmar los consentimientos informados, se procedió a realizar tratamiento quirúrgico definitivo de la lesión (osteosíntesis con placas Axos+aloinjerto e inmovilización con férula posterior”.

Posteriormente se describe con detalle cada una de las intervenciones y actuaciones médicas, descritas *ut supra*, que llevaron a cabo los servicios de Traumatología y Enfermedades Infecciosas desde el inicio del tratamiento de la lesión hasta la fecha en la que el reclamante fue dado de alta. A la vista de todo ello, en el dictamen se establecen las conclusiones siguientes:

1º. *La asistencia se realizó de una forma continuada, utilizando los medios necesarios para diagnósticos y tratamiento en relación con su lesión.*

2º. *Consideramos que la actuación ha sido según lex artis ad hoc.*

3º. *Las secuelas están relacionadas con características anatomopatológicas de la lesión+infección local de la zona afectada adquirida en el momento del traumatismo.*

4º. *Los gérmenes corresponden a bacterias oportunistas que conviven con el hombre en la vida diaria.*

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante oficio notificado el 2 de noviembre de 2012 la instructora dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de diez días hábiles para la presentación de las alegaciones, en su caso, y la presentación de los nuevos

documentos y las justificaciones que estimara pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la historia clínica remitida por la Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra, del informe emitido por el doctor... y del dictamen médico emitido por la Asesoría Médica....

Don..., por escrito registrado en el Departamento de Salud el 16 de noviembre de 2012, cursó las siguientes peticiones. En primer lugar, la ampliación de plazo para completar el informe del doctor... del que adjuntó un avance. En segundo lugar, que se recabara de la Policía Foral copia del atestado del accidente origen de la lesión y se abriera un nuevo periodo de prueba para proponer y practicar las que cada parte considerase necesarias y fueran admitidas por la instructora. En tercer lugar, que se calificara como testimonio el informe del doctor.... En cuarto y último lugar, que se tuviera por impugnado el dictamen médico emitido por los especialistas de la Asesoría Médica... al haber sido realizado sin analizar personalmente al reclamante.

A esas alegaciones se acompañó un escueto informe médico emitido por el doctor... Del mismo caben destacar algunas afirmaciones relativas al juicio clínico, en él se dice se siguen los criterios de causalidad de Müller y Cordonnier. En primer lugar, el reconocimiento de que “el lesionado sufre una fractura abierta, es decir que desde el principio presentaba lesión de piel, con el consiguiente riesgo de infección a dicho nivel, tal y como se produce al cabo de poco tiempo”. En segundo lugar, la valoración de que “la intensidad de la herida y el daño sufrido tienen relación, es decir la gravedad del daño producido es proporcional a la intensidad con la que el agente lesivo actuó”. En tercer lugar, la estimación de que “se ajusta la relación anatomoclínica con la causa inicial desencadenante herida-infección”. Y, por último, la conclusión final de que “*la situación secuelar del lesionado cumple el nexo de causalidad o relación entre la lesión inicial, incluidas sus complicaciones, y el resultado patológico final*”.

Por su parte, la instructora del expediente resolvió denegar la petición de prolongación del plazo del trámite de audiencia en atención a que, siendo el objeto del dictamen del doctor... la acreditación del nexo de causalidad entre la lesión inicial y el resultado final, el mismo carece de trascendencia

para la resolución administrativa. Entiende que la documentación y los informes obrantes en el expediente acreditan suficientemente que la infección y la afectación articular sufridas por el reclamante constituyen un riesgo inherente al tipo de fractura que éste padeció, tal como consta en el consentimiento informado que suscribió; siendo ello una eventualidad inevitable que conlleva que no quepa apreciar antijuricidad en la asistencia sanitaria prestada.

También desestimó la solicitud de unir al expediente el atestado de la Policía Foral sobre el accidente del que trae causa la lesión, considerando que si bien aquel constituiría una prueba pertinente para la valoración de las circunstancias del propio accidente y las responsabilidades que, en su caso, se deriven para el propietario de la obra, no lo es para la reclamación cursada contra la Administración por la asistencia sanitaria.

En cuanto a la solicitud de que se califique de testifical el informe del doctor..., la instructora advierte que es preceptiva la emisión del informe del servicio causante del presunto daño, según dispone el artículo 10 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial. Ello justifica que se haya incorporado al expediente y fuera remitido al reclamante, teniéndose por informe pericial el elaborado por la Asesoría Médica....

Por último, refuta la pretensión de impugnación del informe de la Asesoría Médica... en atención a que el objeto de la presente reclamación es valorar si la actuación de la Administración fue conforme a la *lex artis ad hoc*. Para ello, indica, que no se precisa el examen del paciente pues se dispone de toda la documentación relativa al mismo hasta su alta hospitalaria; considerando, por el contrario, fundamental el análisis de la historia clínica y los informes incorporados a ella, y preceptivo el informe del servicio cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable.

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... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. En su fundamentación se traen a colación el informe del facultativo responsable de la atención médica proporcionada al reclamante, doctor..., así como las consideraciones y las conclusiones del dictamen de la Asesoría Médica....

Del informe del doctor... se contiene en la propuesta de resolución la transcripción íntegra y exacta de sus conclusiones, que ya han sido recogidas con detalle *ut supra*.

También se acogen las conclusiones finales del informe de..., refiriendo expresamente que: “Según consta en la documentación clínica la asistencia se realizó de una forma continuada, utilizando los medios necesarios para diagnósticos y tratamientos del paciente en relación con su lesión. Consideramos que la actuación ha sido según *lex artis ad hoc*. Las secuelas están relacionadas con características anatomopatológicas de la lesión+infección local de la zona afectada adquirida en el mismo momento del traumatismo. Los gérmenes corresponden a bacterias oportunistas que conviven con el hombre en la vida diaria”.

De todo ello se concluye que no cabe apreciar la concurrencia de un daño antijurídico que el interesado no tenga el deber de soportar en virtud del cual pueda derivarse la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

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 presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Es ésta 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 se consulte al Consejo de Navarra 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 Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, 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 este 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.

La tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constando 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, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

No varía tal calificación las denegaciones de prórroga del trámite de audiencia, a fin de que se aportara un informe médico más completo del que se adjuntó, y de la incorporación al expediente del atestado de la Policía Foral sobre el accidente origen de la lesión, pues ambas quedaron suficientemente justificadas.

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.3^a. En particular, la antijuridicidad del daño y cumplimiento 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 8/2012, de 16 de enero y 23/2012, de 18 de junio), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

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). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (SS 14 de octubre de 2002 y 22 de diciembre de 2001), "cuando se trata del servicio sanitario o médico, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto".

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la "lex artis" y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida ("lex artis"). Este criterio es

fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha "lex artis"; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "lex artis" (STS de 13 de julio de 2007).

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *lex artis ad hoc*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales 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-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991). Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso resulta evidente que el reclamante padeció una infección postoperatoria en la fractura abierta de tibia y peroné de la pierna izquierda, quedando incapacitado permanentemente para su profesión habitual. No es, por tanto, la existencia del daño la que se debe valorar, sino si la actuación sanitaria se ha desarrollado de acuerdo con la *lex artis ad hoc*; es decir, si ha sido conforme a los cánones profesionales establecidos, en cuyo caso, dichos daños y perjuicios se encuadrarían en ese correcto marco profesional, por lo que no cabría sostener la antijuricidad del daño.

Como se ha recogido en los antecedentes, las razones del reclamante para sustentar su pretensión de responsabilidad patrimonial son que "sufrió

una infección hospitalaria, como consecuencia de la cual un proceso de curación previsible aproximadamente con un máximo de seis meses y sin secuelas se ha alargado durante dos años, provocando además una situación de incapacidad permanente total para la profesión habitual". Y ello "se debió a un error médico atribuible a la propia administración sanitaria", siendo "la causa ocasionante de la incapacidad originada por la infección hospitalaria (..) el agente infeccioso denominado estreptococo beta hemolítico del grupo B de cuya presencia y falta de ser contrarrestado es responsable la administración sanitaria pública de Navarra".

Los informes médicos incorporados al expediente, sin embargo, contradicen las bases fácticas sobre las que don... fundamenta su reclamación.

Así, en el informe del doctor..., Jefe del Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario de Navarra, cuyo informe fue requerido por la instructora del procedimiento, tal y como hemos recogido en el cuerpo de este dictamen, se niega que el tipo de fractura que presentaba el reclamante tuviera las previsiones de evolución que aduce y que sus limitaciones funcionales fueran consecuencia de la actuación médica.

A ese respecto se deben destacar algunos puntos del informe.

En primer lugar, la valoración general del tipo de lesión sufrida por don... "las fracturas del pilón tibial constituyen un grupo nosológico, extremadamente difícil de tratar" y "todas ellas pueden considerarse lesiones graves, con un riesgo de complicaciones alto".

En segundo lugar, la técnica que se consideraba oportuna aplicar y su pronóstico: "al tratarse de fracturas articulares, debe intentarse de manera obligada una reducción anatómica de las mismas, ya que es conocido que aproximadamente un 60% de las mismas conllevarán el desarrollo posterior de una artropatía degenerativa del tobillo y un 30% de las mismas registrarán una infección precoz o tardía".

En tercer lugar, la decisión del tratamiento urgente al que fue sometido en atención a la gravedad de la lesión, notificada a los familiares y

autorizada por el paciente, de osteosíntesis quirúrgica, reconstrucción articular, que resulta anatómica, relleno de aloinjerto del Banco de Huesos y osteosíntesis sólida.

Queda además corroborado por la documentación aportada, y así se recoge en el informe, que don... era conocedor de que constituían riesgos específicos en su caso la “infección por fractura abierta” y “trazo intraarticular”, constando su firma en el documento de consentimiento informado en el que esas contingencias aparecen escritas a mano. Por lo tanto, no parece que esas consecuencias no hubieran sido previstas y advertidas, y resultaran ajenas o infrecuentes en el pronóstico de evolución de su lesión.

Por otra parte, se descarta que la infección quirúrgica -que no se manifestó desde un inicio- pueda ser atribuible a la actuación médica; considerándose aquella como una eventualidad altamente probable por el tipo de lesión o incluso por una contaminación posterior, que se estima como más probable “dado el tipo de germen ocasional y por la fecha de iniciación de su sintomatología clínica infecciosa”.

También se niega que la infección que padeció el reclamante sea la causa efectiva de las limitaciones funcionales que presenta actualmente, atribuyéndose éstas al “tipo de lesión” que resultó del accidente origen de la fractura abierta.

El dictamen pericial de... confirma todas esas valoraciones y afirmaciones. Los peritos son contundentes en su afirmación de que se han cumplido las exigencias de la *lex artis ad hoc* en la actuación asistencial dispensada a don..., habiendo analizado con tal fin el tipo de lesión, sus riesgos y el cronograma asistencial del que fue objeto. De forma explícita reseñan que “*la asistencia se realizó de una forma continuada, utilizando los medios necesarios para diagnósticos y tratamiento del paciente en relación con la lesión*”, y que “*la actuación ha sido según lex artis ad hoc*”. Resulta del todo punto significativo que se considere que las secuelas del reclamante “*están relacionadas con características anatomopatológicas de la lesión + la infección local de la zona afectada adquirida en el mismo momento del*

traumatismo". Y que se afirme respecto al agente infeccioso, estreptococo beta hemolítico del grupo B, que estos "*gérmenes corresponden a bacterias oportunistas que conviven en el hombre en la vida diaria*".

Por otro lado, el dictamen del doctor... aportado con las alegaciones no contradice ni cuestiona las valoraciones señaladas. Es más, sus aseveraciones genéricas dirigidas a determinar el nexo de causalidad -entre las limitaciones funcionales del reclamante y su origen- hacen pensar en una posible ratificación de las apreciaciones recogidas en el informe y dictamen médicos referenciados. Aseveraciones como que "*el lesionado sufre una fractura abierta, es decir desde el principio presentaba lesión de piel, con el consiguiente riesgo de infección a dicho nivel, tal y como se produce al cabo de poco tiempo*", o que "*la intensidad de la herida y el daño sufrido tienen relación, es decir la gravedad del daño producido es proporcional a la intensidad con la que el agente lesivo actuó*", o bien que "*se ajusta la relación anatomoclínica con la causa inicial desencadenante: herida-infección*", encajan con los anteriores juicios clínicos. La lectura de su conclusión final, que "*la situación secuelar del lesionado cumple el nexo de causalidad o relación entre la lesión inicial, incluidas sus complicaciones, y el resultado patológico final*", no sólo no cuestiona la correcta actuación de los servicios médicos conforme a la "*lex artis*", sino que proyecta la idea de que las secuelas padecidas por el reclamante se deben al tipo de lesión sufrida al accidentarse.

En definitiva, no se aprecia la existencia de un daño antijurídico que el interesado no tenga el deber jurídico de soportar del que se deba derivar responsabilidad patrimonial a la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que los profesionales de esos servicios actuaron en el presente caso conforme a la *lex artis ad hoc*. Tampoco se ha probado la relación de causalidad entre la actuación médica y el resultado dañoso producido.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don... por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios

debe ser desestimada en atención a los criterios que aparecen recogidos en el cuerpo del dictamen.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.