

**Expediente:** 27/2014

**Objeto:** Solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

**Dictamen:** 28/2014, de 18 de septiembre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 18 de septiembre de 2014,

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, don José Iruretagoyena Aldaz y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente doña María Asunción Erice Echegaray,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 1 de agosto de 2014 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 (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por doña... y consortes, por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Se acompaña a la consulta 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 68/2014, de 21 de julio, de la Consejera de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho y procedimiento**

### ***A) Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Doña... y consortes presentaron, con fecha 24 de abril de 2013, un escrito, acompañado de diversa documentación, dirigido al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por el que formulan “reclamación administrativa previa en procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración de forma solidaria contra, el Servicio Navarro de Salud, la doctora..., número de colegiado (...), contra la empresa... (...)”. E instan, por medio del mismo, una indemnización de daños y perjuicios por importe de 163.472 euros, “más los intereses legales que correspondan”, por presunto defectuoso funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se aduce en dicha reclamación que, como quiera que el día 28 de abril de 2012 don..., esposo y padre, respectivamente, de los peticionarios, no se encontraba bien, su esposa llamó al número de emergencia 112, lugar donde le facilitaron el teléfono del Centro de Salud de Peralta. Seguidamente, dado el estado del enfermo, su esposa volvió a llamar al 112 preguntando por el médico de urgencias de Peralta. Puesta en contacto con el Centro de Salud de dicha localidad, solicitó que acudiera un médico a su domicilio. A las 9.30 de la mañana se personó en dicho lugar la doctora doña..., quien, según se indica en la reclamación, restó importancia al estado del enfermo y manifestó que si éste empeoraba, le volviesen a avisar. Visto que el estado del señor... iba a peor, volvió a llamar su esposa hacia las 10.30 horas al referido Centro de Salud, solicitando hablar con la doctora.

Alrededor de las 11.45 horas, la referida doctora llamó por teléfono a la esposa del enfermo, la cual le explicó que el Sr... estaba peor y le expuso la posibilidad de que fuera trasladado al centro hospitalario en ambulancia, a lo que la doctora manifestó que enviaba una ambulancia al domicilio para su traslado. La ambulancia llegó sobre las 12.15 horas, aproximadamente, si bien una vez que subieron al Sr... a la misma, no pudo dicha ambulancia ponerse en marcha, por problemas con la batería. Finalmente, casi una hora después de llegar al domicilio del paciente, se puso en marcha dicha

ambulancia y se dirigió a un centro hospitalario de Pamplona. Al poco tiempo de llegar al mismo, se le comunicó a la familia el fallecimiento del Sr...

Indican los reclamantes que dicho fallecimiento cabe imputarlo directamente a la actividad de las personas y entidades señaladas (el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, la doctora... y la empresa...). E invocan en particular la aplicación al caso del artículo 145 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), según el cual los particulares exigirán directamente a la Administración Pública correspondiente las indemnizaciones por los daños y perjuicios causados por las autoridades y personal a su servicio (señalando expresamente que la doctora mencionada presta sus servicios en el referido Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea).

Respecto de la citada doctora..., entienden los peticionarios que ha existido una grave negligencia profesional, ya que consideran que debió acudir al domicilio del paciente a comprobar su estado, y, tras una nueva exploración, solicitar, en su caso, el envío de una ambulancia acorde con la situación del enfermo. Y si esta situación era lo suficientemente grave como para solicitar su traslado al centro hospitalario, debería haberse quedado, se dice, a la espera de la llegada de la ambulancia. Señalan también que en el momento en que se le produjo una parada cardiorrespiratoria al Sr... no existía un profesional cualificado para atender dicha situación de especial gravedad, porque en la ambulancia convencional no había ningún médico que se pudiera hacer cargo de la situación, disminuyendo así notablemente las posibilidades de sobrevivir a dicha parada cardiorrespiratoria, y siendo por ello responsable el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Al mismo tiempo entienden que existe una grave deficiencia en la prestación del servicio encomendado a la empresa..., ya que, según aducen, no es comprensible, ni justificable, que se quedase la ambulancia sin batería en el momento de trasladar a un enfermo, siendo necesaria la intervención de la familia del fallecido para poner en funcionamiento el vehículo, y demorándose esta situación durante 40 minutos, tiempo suficiente para que

la ambulancia hubiera llegado al centro hospitalario y pudiera el enfermo haber sido atendido con mayores garantías.

Por todo ello, solicitan que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por los hechos alegados y que se les indemnice en la cantidad de 122.604 euros para la esposa, doña..., y 10.217 euros para cada uno de sus cuatro hijos, lo que hace un importe total de 163.472 euros, más los intereses legales que correspondan.

### ***B) Admisión a trámite***

La reclamación de responsabilidad patrimonial referida fue admitida a trámite por Resolución 23/2013, de 14 de mayo, del Secretario General Técnico del Departamento de Salud. En la misma resolución se designó instructora del expediente, y se informó a los interesados de que la tramitación podría implicar acceso a los datos de la historia clínica, así como de que el plazo máximo para notificar la resolución es de seis meses, siendo desestimatorio el sentido del silencio. Dicha resolución fue notificada, además de a los promotores de la reclamación, a la citada empresa...

No consta, sin embargo, que se notificara la misma a la referida doctora... (si bien, precisaremos, obra en el expediente un informe por ella suscrito en fecha 8 de noviembre de 2012, así como otro, de fecha 25 de febrero de 2013, emitido por la Enfermera del Centro de Salud de Peralta).

### ***C) Instrucción del procedimiento y trámite de audiencia***

En virtud de la instrucción del expediente, se han incorporado al mismo los siguientes documentos, algunos de los cuales forman parte del expediente remitido en las Diligencias Preliminares 557/2012 del Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción nº 2 de Pamplona (procedimiento que ha sido archivado mediante Auto nº 53, de 8 de mayo de 2013):

a) Informe de la Agencia Navarra de Emergencias del Gobierno de Navarra.

b) Historia Clínica de don... remitida por el Complejo Hospitalario de Navarra.

c) Informe de la atención recibida en el Centro de Salud de Peralta.

d) Informe emitido por..., en el que se afirma que la ambulancia tuvo un fallo eléctrico (fallo del captador del cigüeñal).

e) Informe médico emitido por la Dra. doña...

f) Informe de enfermería suscrito por doña...

g) Resolución 380/2012, de 28 de febrero, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se prorroga el contrato suscrito con... para la prestación del servicio de transporte sanitario público en la Zona de Estella-Tafalla, para el año 2012.

h) Informe emitido por..., en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

i) Dictamen médico emitido por especialistas en Medicina Interna de la Asesoría Médica...

Consta, así mismo, en el expediente, la Resolución 430/2014, de 24 de abril, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se remite al Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Pamplona el expediente administrativo relativo al procedimiento ordinario nº 99/2014, correspondiente al recurso contencioso-administrativo interpuesto por los peticionarios contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial (procedimiento en el que se emplaza a la compañía de seguros... y a la empresa..., en calidad de codemandadas).

Instruido el procedimiento y antes de dictar la propuesta de resolución, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 82.1.c) de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y en 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, mediante oficio notificado el 29 de mayo de 2014 se dio trámite de audiencia al representante de los reclamantes, concediéndole un plazo de diez días hábiles para que pudiera formular nuevas alegaciones y presentar otros documentos y justificaciones que estimara pertinentes, sin que se haya hecho uso de tal trámite.

Así mismo, mediante oficio notificado el 3 de junio de 2014, se dio el mismo trámite a la empresa..., que ha comparecido mediante escrito presentado el 16 de junio de 2014, presentando alegaciones, a las que más adelante se hará referencia. Este último escrito ha sido, así mismo, notificado al representante de los reclamantes con fecha 30 de junio de 2014.

#### ***D) Propuesta de resolución***

En el expediente figura un informe jurídico formulado el 11 de julio de 2014 por la instructora del procedimiento, con el visto bueno del Jefe de la Sección de Asistencia Jurídica al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Se ha incorporado así mismo el texto de la propuesta de resolución que, en su caso, dictará el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de acuerdo con el contenido del informe formulado por la instructora. En ella se examinan los informes médicos obrantes en el expediente y se rechazan las alegaciones formuladas por los interesados, considerándose que los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea “actuaron en el presente caso conforme a la *lex artis ad hoc*”, y que “tampoco se ha probado la relación de causalidad entre la actuación médica y/o la avería de la ambulancia y el resultado dañoso producido, ya que teniendo en cuenta el tiempo que transcurre entre que se acomoda al paciente en la ambulancia y se le produce la parada cardiorrespiratoria, puede concluirse que el desenlace hubiera sido el mismo de haber estado presente la médico y/o de no haberse averiado dicha ambulancia”.

Finaliza considerando que, en suma, la asistencia sanitaria prestada se ajusta a la *lex artis ad hoc*, razón por la que se propone la desestimación de la reclamación.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen**

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por doña... y consortes por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial relativo a la actuación 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 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 con carácter preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

### **II.2ª. Competencia y tramitación del expediente**

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 lo que respecta a la tramitación del presente procedimiento, ha de indicarse que no consta en el mismo la resolución de ampliación del plazo del órgano competente para resolverlo. No obstante ello, y como quiera que el transcurso del plazo de seis meses establecido en el artículo 82.2 de la LFACFN para resolver el procedimiento no lleva consigo la caducidad del expediente, sino que con ello se faculta al interesado para entender desestimada su petición, tal y como dispone el artículo 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, puede adoptarse por la Administración la resolución que se estime oportuna. En este sentido, debe recordarse que los reclamantes, entendiéndose operada la desestimación presunta de su petición, han interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la misma (procedimiento que se sustancia, como queda recogido, ante el Juzgado contencioso-administrativo número 2 de Pamplona).

Se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al reclamante, constanding, además, los informes emitidos por los distintos servicios médicos intervinientes en la misma, así como el dictamen de..., suscrito por cuatro facultativos especialistas en Medicina Interna. Se ha respetado, además, el principio de audiencia y el derecho de defensa que corresponde al reclamante, otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, presentación de alegaciones y de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

No obstante, se considera que, dirigida la reclamación administrativa, de forma solidaria, también contra la referida doctora del Centro de Salud de Peralta, debió la misma ser llamada al procedimiento, aun cuando se invoque directamente por los reclamantes la aplicación al caso del artículo



145 de la citada LRJ-PAC (sobre exigencia directa de la responsabilidad a la Administración Pública por la actuación del personal a su servicio), pues tal precepto, no se olvide, permite, en su párrafo 2, que en determinados casos y previa la tramitación de un expediente al efecto, la Administración exija posteriormente la responsabilidad del personal a su servicio.

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

La responsabilidad patrimonial de la Administración, 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 citada LRJ-PAC, y en los artículos 76 y siguientes de la mencionada LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión,

dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

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.4ª. La antijuridicidad del daño y el cumplimiento de la *lex artis ad hoc***

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 numerosos dictámenes (por todos, el dictamen 10/2013, de 9 de abril), 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, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño, sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

*“La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994 , que cita las de 19 enero y 7 junio 1988 , 29 mayo 1989 , 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993 , según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003 ).*

*Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cual es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la*

*Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, 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 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 apoya 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 misma 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 antijuridicidad 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.

Pues bien, del expediente instruido y de la propuesta de resolución se desprende lo siguiente:

*“según consta en la historia clínica, don..., de 65 años, exfumador, bebedor de 3 litros de vino al día hasta 2008 -en que disminuyó a un litro al día- y diagnosticado de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitas tipo 2, obesidad, gota única, esteatosis hepática y pancreatitis aguda de probable origen enólico en 2008, comenzó, en junio de 2011, con rectorragias, por lo que es estudiado en el Servicio de Digestivo y diagnosticado de neoplasia de recto. Recibe tratamiento neoadyuvante con radioterapia y quimioterapia.*

*El 8 de marzo de 2012 es intervenido de un adenocarcinoma pobremente diferenciado de recto a 6 cm de margen anal. En la intervención se detectaron por ecografía intraoperatoria marcada esteatosis hepática y tres metástasis hepáticas que se palpaban, pero posteriormente no se encontraron en resonancia magnética. Se extirpa el tumor con resección a 5 cm de margen anal y se coloca iliostomía en fosa iliaca derecha. Uno de 12*

*ganglios está afectado por neoplasia. En el postoperatorio, infección de herida quirúrgica y al final del ingreso alto débito por iliostomía con hiponatremia e hiperpotasemia, que se corrigieron con reposición hidroelectrolítica. Es dado de alta el día 27 de marzo con los diagnósticos de neoplasia de recto estadio IV y metástasis hepáticas resecables, indicando clexane 40 durante 10 días, con cita para la consulta externa de Oncología Médica el día 2 de abril.*

*El día 6 de abril acude a urgencias, remitido por su médico de Atención Primaria, por mareo desde hace dos días. Hace 5 días tuvo diarrea durante dos días. No tiene fiebre. Se le efectúa una radiografía de tórax y un electrocardiograma que resultan sin alteraciones significativas. En la analítica se aprecia creatinina 1.5, urea 151, sodio 111, potasio 6,9. Ante los hallazgos analíticos se ingresa al paciente con la sospecha de insuficiencia suprarrenal que, posteriormente, no se confirmó, ya que el cortisol fue normal. Un electrocardiograma presenta bloqueo A-V de primer grado, QT corto y T altas. Es dado de alta el día 16 de abril con un sodio 135, potasio 4.7, urea 83, creatinina 1.3 y tratamiento con sitagliptina (antes tomaba euglucon que volvió a tomar al llegar a su domicilio y presentó un episodio de hipoglucemia sintomática de 55, el día 19, por lo que suspendió euglucon).*

*El día 27 de abril la esposa del paciente refiere al médico de cabecera que tiene muy poco apetito. No ha presentado nuevas hipoglucemias. Se le indica que coma lo que quiera.*

*El día 28 de abril de 2012, según se señala en el informe emitido por el Director de Protección Civil de la Agencia Navarra de Emergencias sobre los datos que constan en el Centro de Gestión de Emergencias SOS Navarra, y en los informes emitidos por la doctora doña... y la enfermera doña..., a las 8:02 horas la esposa del paciente llama al 112 solicitando el horario del médico en Falces. Se le indica aunque se le recomienda que lo confirme directamente en el centro de salud de Peralta cuyo número se le facilita (sic).*

*A las 8:06 vuelve a llamar preguntando por el médico de urgencias de Peralta para consulta o visita a domicilio. De nuevo se le indica que llame al centro de salud de Peralta.*

*A las 8:30 horas, la médico y enfermera de guardia del Servicio de Urgencias Rurales, mientras estaban pasando consulta en Falces, recibieron una llamada desde el centro de salud de Peralta, solicitándoles visita domiciliaria urgente al paciente por malestar general. En el domicilio, la familia refiere cansancio, malestar y menos apetito, no tiene dolor abdominal ni torácico. Tampoco tiene fiebre ni vómitos y hay deposición en la bolsa de colostomía. Comunican reciente ingreso y que está en tratamiento con quimioterapia. En los datos correspondientes a la exploración consta: coloración cérea, bien hidratado; tensión arterial 110/70; glucemia capilar 198 mg/dl; T<sup>a</sup> axilar, 35,1°C; auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos; auscultación pulmonar: murmullo vesicular presente, sin ruidos sobreañadidos; abdomen distendido, iliostomia con gas, no doloroso, peristaltismo presente. En el juicio clínico se indica: paciente oncológico con malestar tras tratamiento recibido. De acuerdo con la familia se decide dejar al paciente en casa con dieta, vigilando la aparición de empeoramiento o fiebre, en cuyo caso les comunicarían.*

*A las 10:35 horas la esposa del paciente llama al 112 para hablar con la médico que había acudido a su domicilio. Se le da el número del centro de salud. En ese momento dicha médico estaba en Marcilla, donde también atiende consulta, que finaliza a las 10:30. De camino a Funes atiende, junto con los bomberos de Peralta, a un paciente en la carretera Marcilla-Funes que se ha sincopado. Llegan al centro de salud a las 11:45 horas y la médico llama al domicilio del paciente. La esposa transmite su preocupación porque ve débil al paciente y quiere que se le envíe al hospital. En su informe de los hechos refiere que le preguntó si el paciente precisaba su atención y la esposa comenta que quiere ir al hospital. Se solicita una ambulancia convencional para traslado. A las 12:03 horas, desde SOS Navarra se moviliza la ambulancia SVB A-495 de la empresa... para que acuda de Azagra a Falces para el traslado solicitado.*

*A las 12:27 horas, según el informe de la dotación, la ambulancia llega al domicilio del paciente. Se le valora en el domicilio y se procede a su traslado a la ambulancia. El conductor se monta en la cabina mientras el auxiliar toma constantes y lo acomoda. El conductor arranca la ambulancia sin éxito e informa al auxiliar de que hay un fallo electrónico. Tras varios intentos, a las 12:45 horas, comunica a SOS Navarra que se ha quedado averiada, sin batería, y solicita ayuda en carretera. A las 12:46 horas se localiza a... que confirma el envío de A-662. Se pone en marcha a las 13:04 y llega a Falces a las 13:20, regresando a su base porque A-495 había solucionado la avería.*

*A las 13:05 horas A-495 comunica a SOS Navarra que el paciente está en parada e inician reanimación cardiopulmonar. Se pasa aviso urgente al Centro de Salud de Peralta y a las 13:08 horas, médico y enfermera de guardia se trasladan al lugar donde está parada la ambulancia en las afueras de Falces. A las 13:10 horas, A-495 solicita policía al lugar. Policía Foral envía una patrulla. Se efectúa reanimación cardiopulmonar básica por el auxiliar de la ambulancia, sin avisar a la familiar que está fuera de la ambulancia.*

*Mientras, el conductor intentaba poner en marcha la ambulancia, consiguiéndolo a las 13:06 horas. A las 13:15 horas, A-495 indica que ya están en marcha, fuera del pueblo, dirigiéndose hacia el Complejo Hospitalario de Navarra y se solicita que se informe al equipo médico. A las 13:20 la médico y la enfermera continúan la reanimación cardiopulmonar (los auxiliares de transporte llevan 20 minutos). Se realiza intubación oro-traqueal y se coloca catéter venoso, sin conseguir respuesta. A las 13:23 horas se avisa del fallecimiento del paciente a SOS Navarra, que le deriva al Hospital de Navarra, desde donde se informa a la familia del fallecimiento”.*

Pues bien, de conformidad con el régimen jurídico y la doctrina anteriormente expuesta, procede examinar si en el supuesto que nos ocupa la actuación de los servicios sanitarios ha sido acorde a la *lex artis ad hoc*.

Los motivos de la reclamación son dos. Por un lado, los reclamantes consideran que la médico de urgencias debió acudir al domicilio antes de



decidir enviar a don... al hospital y, de este modo, se dice, cuando sufrió la parada cardiorrespiratoria, habría sido atendido por una persona cualificada. Por otro lado, estiman que, debido a la avería de la ambulancia, se retrasó la atención al paciente en el Hospital, lugar donde habría sido atendido con mayores garantías.

En cuanto al primer motivo, en los informes emitidos por la doctora doña..., y la enfermera, doña..., se recoge que ni de lo que la familia refería sobre los síntomas del paciente ni de lo que resultó de la exploración que se le efectuó en la visita domiciliaria existían motivos que hicieran pensar en el fatal desenlace.

Así mismo, y según se indica en dichos informes, los auxiliares de transporte les participaron a dichas profesionales que a su llegada al domicilio del paciente, le trasladaron a éste a la ambulancia, “consciente y orientado y sin dolor”. En el tiempo en que el vehículo de transporte estuvo parado, el paciente estaba “tranquilo en la ambulancia, hablando”, y “es cuando salen hacia Pamplona cuando repentinamente deja de hablar, comprueban falta de pulso e inician reanimación cardiovascular básica y avisan a SOS de la situación”.

Por otra parte, en el dictamen médico emitido colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna de la Asesoría Médica..., ajenos al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se indica, en el apartado de consideraciones médicas, que el paciente, que había sido intervenido cincuenta días antes de un adenocarcinoma de recto (detectándose en la intervención metástasis hepáticas), sufrió lo que se conoce como muerte súbita, es decir, la muerte no traumática, no esperada, que ocurre en una persona que previamente está clínicamente estable y muere en la primera hora después de la aparición de los síntomas.

Según se indica en tal dictamen, las causas de la muerte súbita son múltiples y “en ausencia de necropsia es imposible asegurar cuál fue la causa de la muerte de este paciente”, si bien “en adulto el infarto agudo de miocardio es la causa más frecuente de muerte súbita”. Se advierte que la realización del estudio necrópsico es siempre conveniente, si se puede

realizar, porque suele aclarar la causa final de la muerte, aunque, en este caso, según se señala, no se realizó “porque la historia previa hacía evidente que la muerte podía ocurrir en cualquier momento por causa natural y la familia no solicitó en ningún momento su realización”. Por ello, a falta de necropsia, se valoran como las dos causas más probables de muerte en este paciente el infarto agudo de miocardio y la embolia pulmonar masiva.

A este respecto, se da cuenta en el dictamen de que el enfermo cuya muerte nos ocupa tenía múltiples factores de riesgo coronario (tabaco, diabetes, hipertensión arterial y posiblemente hipercolesterolemia, ya que estaba tomando atorvastatina) y que, por ello, es muy probable que un infarto agudo de miocardio fuese la causa de su fallecimiento, ya que “el síntoma fundamental del infarto agudo de miocardio es el dolor torácico que este enfermo no presentó, pero el dolor puede faltar en personas diabéticas”. Se indica que “un infarto agudo de miocardio puede producir muerte súbita por una arritmia grave o por rotura cardíaca. Dentro de las arritmias graves la más frecuente es la fibrilación ventricular. Cuando aparece fibrilación ventricular la mortalidad aumenta 10% cada minuto que transcurre sin conseguir que el enfermo vuelva a ritmo sinusal y esta mortalidad es del 100% si transcurren 8 minutos. Por ello, las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica (masaje cardíaco y respiración boca a boca) deben iniciarse antes de que pasen cinco minutos y reanimación avanzada (desfibrilación, fármacos, etc.) antes de que hayan pasado 8 minutos. La rotura cardíaca se produce por necrosis intensa con pobre circulación colateral. La situación tiene una mortalidad casi del 100% y no es posible ninguna medida que impida su aparición y no existen prácticamente posibilidades de supervivencia”. Por ello, se señala que tanto en el domicilio del paciente como en ambulancia convencional, no es posible evitar el fallecimiento en estas situaciones, ya que la reanimación avanzada va a tardar más de 8 minutos (en caso de arritmia grave) y no es efectiva en la rotura cardíaca.

Además se apunta que otra posibilidad a tener en cuenta como causa de muerte súbita en este paciente es el “embolismo pulmonar masivo cuya

frecuencia está muy aumentada en un enfermo con cáncer como ocurría con este paciente”, señalándose que “en un 5% de los casos la embolia pulmonar se manifiesta por hipotensión y/o shock y/o síncope seguido frecuentemente de muerte súbita”, y concluye que “cuando una embolia pulmonar da lugar a una parada cardiorrespiratoria las posibilidades de reanimación son mínimas ya que la mortalidad en esta situación es cercana al 100%”.

Por otra parte, se destaca también en el dictamen médico que el enfermo había sido intervenido recientemente de un cáncer de recto. Tenía un estadio D, T3, N1, M1 o IV, según la clasificación que se utilice, pero, en definitiva, se trataba de un tumor diseminado con una mortalidad cercana al 100 % a los cinco años. Se indica que la cirugía, cuando el tumor está localizado, es la única posibilidad de curación y que, “en presencia de metástasis, el tratamiento solo es paliativo e incluye cirugía para evitar la obstrucción intestinal y el sangrado del tumor, y una quimioterapia paliativa con la que se obtienen respuestas parciales en el 20% de los casos y sin clara influencia en la supervivencia. La inyección intraarterial de las metástasis hepáticas mejora la supervivencia de forma discreta. La radioterapia apenas modifica el curso de la enfermedad y está indicada antes o después de la cirugía cuando el tumor está localizado en recto y no hay metástasis”.

A este paciente, se explica, se le realizó tratamiento quimioterápico y radioterápico antes de la cirugía, para intentar disminuir el tamaño del tumor, y en la intervención se encontraron metástasis hepáticas. Se realizó una exéresis del tumor y se dejó una colostomía con bolsa colectora. Por tanto, se concluye que el paciente tenía un cáncer de recto diseminado, estaba recibiendo quimioterapia paliativa y su pronóstico era muy malo a corto plazo.

Tras las consideraciones médicas expuestas, se analiza la actuación de los servicios médicos intervinientes y se indica que, cuando la esposa del paciente llama al centro de salud para solicitar la asistencia domiciliar del médico, acudiendo el médico y la enfermera, el motivo de la consulta era malestar general, cansancio y falta de apetito, y la exploración física no

mostró ningún dato de alarma. Según se indica, los síntomas referidos son absolutamente inespecíficos y no orientan a ningún proceso agudo, y menos en un enfermo con cáncer y en tratamiento con quimioterapia, situación en la que es habitual que aparezcan estos síntomas. Además, el paciente había tenido unos días antes una alteración hidroelectrolítica en relación con aumento del número de deposiciones, por lo que estuvo ingresado. Por ello, entienden que, “de forma correcta”, la médico que le atendió en su domicilio recomendó una dieta y vigilancia, especialmente buscando la aparición de fiebre que podía justificar una actuación inmediata encaminada a encontrar su causa.

Se señala, además, respecto a la segunda llamada de la esposa solicitando que el paciente fuera trasladado al hospital, que la decisión de la médico de enviar la ambulancia convencional para su traslado se estima, así mismo, correcta. Dicha médico ya había visitado al paciente y conocía su situación y no se refirieron nuevos síntomas, por lo que no se consideró que fuera necesaria una nueva valoración del mismo. Además se indica que la presencia de la médico en el domicilio no habría cambiado en nada lo que sucedió posteriormente. El enfermo habría presentado la parada cardiorrespiratoria cuando ya estaba en la ambulancia y probablemente la médico ya se habría marchado, al comprobar que un enfermo estable ya estaba acomodado en la misma. Incluso, aunque la médico hubiera estado presente y hubiera realizado una reanimación cardiopulmonar, se habría producido un fracaso en cualquiera de las dos posibilidades más probables de muerte súbita que se han señalado. Tampoco se estima probable que de haber estado presente la médico, ésta hubiera llevado un desfibrilador para intentar revertir una fibrilación ventricular, ya que no se suele llevar este dispositivo cuando se hace una visita domiciliaria por causa de los síntomas que refería el paciente.

Por todo lo expuesto, el dictamen médico concluye que “en este paciente no existía ninguna urgencia cuando fue atendido en su domicilio y cuando se solicitó el traslado al hospital no había aparecido ninguna sintomatología nueva por lo que no era necesaria una nueva valoración presencial y la médico del centro contactó con el centro coordinador de

urgencias que envió el recurso adecuado para trasladar el paciente al hospital”, por lo que se entiende que la actuación de esta profesional fue correcta.

En cuanto al segundo motivo de la reclamación, referido a la avería en la ambulancia, en el citado dictamen médico se indica que aunque ésta no hubiese tenido ningún problema en su puesta en marcha, la parada cardiorrespiratoria del paciente habría ocurrido a los pocos minutos de comenzado el traslado, por lo que la reanimación y sus problemas se habrían presentado igual, ya que la distancia desde Falces a Estella es de 44 km. y a Pamplona 57 km., y, por tanto, en pocos minutos no se habría acercado significativamente a su destino.

Por todo lo expuesto, en el apartado de conclusiones del referido dictamen, se recogen las siguientes:

*“1. El paciente falleció repentinamente en la ambulancia que le trasladaba al hospital. El paciente había sido intervenido 50 días antes de un adenocarcinoma de recto, realizándose iliostomía. Durante la intervención se detectaron metástasis hepáticas.*

*2. El enfermo presentó lo que se conoce como muerte súbita cuyas causas son múltiples, siendo la más frecuente el infarto agudo de miocardio.*

*3. En ausencia de necropsia es imposible asegurar cual fue la causa de la muerte súbita, pero podemos considerar como las dos causas más probables de la muerte en este paciente el infarto agudo de miocardio y la embolia pulmonar masiva.*

*4. Por cualquier de las dos causas, las posibilidades de supervivencia en el medio extrahospitalario sin desfibrilador son casi nulas.*

*5. El enfermo tenía un cáncer de recto diseminado, estaba recibiendo quimioterapia paliativa y su pronóstico era muy malo a corto plazo.*

*6. En este paciente no existía ninguna urgencia cuando fue atendido en su domicilio y cuando se solicitó posteriormente el traslado al hospital no*

*había aparecido ninguna sintomatología nueva por lo que no era necesaria una nueva valoración presencial. Correctamente la médico del centro de salud contactó con el centro coordinador de urgencias que envió el recurso adecuado para trasladar al paciente al hospital.*

*7. La presencia de la médico en el domicilio del paciente no habría cambiado en nada lo que sucedió posteriormente. El enfermo habría presentado la parada cardiorrespiratoria (PCR) cuando ya estaba en la ambulancia.*

*8. Aunque la ambulancia no hubiese tenido ningún problema en su puesta en marcha, la PCR del paciente hubiese ocurrido a los pocos minutos de comenzado el traslado y por tanto la reanimación y sus problemas se habrían presentado igual.*

*9. Creemos que la actuación médica seguida con este paciente es correcta y acorde a *lex artis ad hoc*".*

Así pues, se deduce de lo expuesto que no ha quedado probado que se haya incurrido en una infracción de la *lex artis ad hoc*. Por el contrario, el único informe médico obrante en el expediente concluye que la actuación de la doctora del Centro de Salud de Peralta, y, en suma, del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, fue en todo momento correcta.

#### **II.5ª. Sobre la imputación de responsabilidad por la actuación del contratista**

Por lo que respecta a la responsabilidad de la empresa titular de la ambulancia, debe señalarse que, como consta en el expediente, mediante Resolución 380/2012, de 28 de febrero, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó prorrogar el contrato suscrito con la empresa "...", "para el servicio de transporte sanitario público en la zona de Estella-Tafalla, para el año 2012", anualidad correspondiente a la de fallecimiento del referido señor... Así pues, el servicio de ambulancia (o, más propiamente dicho, de transporte sanitario) en dicha zona estaba, en el momento de los hechos, prestado por un contratista.

Pues bien, en relación con los “daños y perjuicios causados en la ejecución del contrato”, el artículo 101 de la Ley Foral 6/2006, de 9 de junio, de Contratos Públicos, establece lo siguiente:

*“1. Son imputables al contratista todos los daños y perjuicios que se causen como consecuencia de la ejecución del contrato. La Administración responderá única y exclusivamente de los daños y perjuicios derivados de una orden, inmediata y directa de la misma y de los que se deriven de los vicios del proyecto en el contrato de obras, sin perjuicio de su repetición.*

*2. La solicitud de resarcimiento de los daños imputables a la Administración se tramitará de conformidad con la legislación aplicable en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas. Cuando en aplicación de dicha legislación se determine la solidaridad en la responsabilidad entre la Administración y el contratista, aquélla abonará la indemnización repitiendo contra éste”.*

En todo caso, como queda apuntado, se considera que no existe un nexo causal entre el funcionamiento de la ambulancia y el resultado dañoso producido (por cuanto que la falta de batería de la misma y el retraso en su puesta en marcha no afectaron a la causa del fallecimiento -considerada por el dictamen médico de... como una muerte súbita, que acaece en diez minutos desde su primera manifestación-). Se afirma, en efecto, en el citado dictamen que *“aunque la ambulancia no hubiese tenido ningún problema en su puesta en marcha, la parada cardiorrespiratoria del paciente habría ocurrido a los pocos minutos de comenzado el traslado, por lo que la reanimación y sus problemas se habrían presentado igual, ya que la distancia desde Falces a Estella es de 44 km. y a Pamplona 57 km., y, por tanto, en pocos minutos no se habría acercado significativamente a su destino”.*

En similar sentido se expresa el propio contratista en las alegaciones presentadas al expediente. En ellas se dice, en síntesis, que durante el periodo de tiempo en el que intentan hacer funcionar la ambulancia mediante unas `pinzas, “el paciente no muestra empeoramiento, más bien al contrario se encontraba tranquilo y comentando lo que sucedía tanto con la familia como con los conductores de la ambulancia. D... entra en parada de camino al Hospital de Pamplona cuando la ambulancia ya se encontraba en perfecto estado”.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por doña... y consortes, por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, ha de ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.