

**Expediente:** 24/2015

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

**Dictamen:** 24/2015, de 7 de septiembre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 7 de septiembre de 2015,

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, don José Antonio Razquin Lizarraga y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 23 de junio de 2015 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...

Se acompaña a la consulta el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la reclamación de responsabilidad patrimonial por presuntos daños y perjuicios relacionados con las secuelas de una sepsis meningocócica, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Orden Foral 84/2015, de 15 de junio, de la Consejera de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo.

El Consejo de Navarra, en uso de la facultad que le otorga el artículo 22 de la LFCN, adoptó el acuerdo de prorrogar el plazo para emitir este dictamen, en la sesión celebrada el día 20 de julio de 2015.

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

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

Doña..., presentó un escrito, acompañado de diversa documentación, con fecha de 12 de febrero de 2013, dirigido al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en el que formula reclamación de indemnización de daños y perjuicios que cuantifica en 900.000 euros, “además del costo total de por vida del tratamiento médico y rehabilitador completo en las instalaciones públicas o privadas que fueren necesarias, así como las ayudas mecánicas y ortopédicas conexas”, por la mala praxis desplegada en la asistencia sanitaria que se le prestó.

Se afirma en el escrito de reclamación que, con fecha de 20 de diciembre de 2008, hacia las cuatro de la tarde, la reclamante se encontró indispuesta, aquejada de un proceso febril y dolor de cabeza con fuertes convulsiones y dolores en el cuello y extremidades, razón por la cual fue con su tía doña..., hacia las siete de la tarde al ambulatorio..., hoy... En dicha consulta, la doctora “se limitó a tomarle la temperatura, sin realizar ninguna exploración ulterior, sin ningún análisis adicional relativo al cuadro clínico que presentaba”, prescribiéndole un antitérmico, termalgin, y mandándole a su domicilio sin ninguna prueba ni exploración “a salvo la toma de temperatura, donde se revelaba el alto nivel de fiebre que aquejaba a la suscribiente”.

En el domicilio de la reclamante “la fiebre sigue persistiendo... a pesar de que... iba tomando las ingestas... pautadas”; y, tras pasar la noche con “fiebre persistente y con convulsiones”, sobre las nueve de la mañana, al intentar levantarse de la cama, “se encuentra con que no puede mover las extremidades inferiores... las cuales progresivamente se van pigmentando con múltiples manchas negras”. Se alerta con lloros y gritos a la educadora

de la vivienda, de..., y a las 10 de la mañana se le deriva en ambulancia al Servicio de Urgencias de Pediatría del...

“Fruto de este cuadro clínico en las piernas, la derecha aparece prácticamente necrosada y parcialmente la pierna izquierda”, lo que culmina con “la amputación pretibial de la pierna derecha y falange distal del tercer dedo pie izquierdo, con numerosos injertos e intervenciones quirúrgicas en su pierna izquierda”. Se significa, asimismo, que “la actora ha derivado de su cuadro de ansiedad y profunda depresión y sus complejos conexos con sus secuelas” y está siendo tratada por el Centro...

A su juicio, “la mala praxis se aprecia por un lado en el no ingreso hospitalario inmediato con el proceso febril y las convulsiones que la suscribiente... presentaba, y por otro al limitarse con ese cuadro la doctora del ambulatorio... a tomar la fiebre y sin ninguna otra exploración ulterior, cuando es evidente que el proceso ya estaba meningítico... por la rápida evolución de la misma y las consecuencias nefastas para la suscribiente con la pierna derecha amputada, la pierna izquierda plagada de intervenciones, presentes y futuras, al igual que la extremidad derecha.”

Por las secuelas tanto físicas como psíquicas que se padecen, se solicita una indemnización de 900.000 euros, y se precisa que la acción se ejercita “una vez alcanzada la mayoría de edad de la suscribiente..., ya que por disensiones entre los padres ambos separados, ninguno de ellos se ocuparon nunca de los intereses de la menor, estando tutelada por los servicios sociales del Gobierno de Navarra, en este caso a través del instituto navarro..., cuyos servicios sociales tampoco en ningún caso se ocuparon de los intereses de la menor, en la defensa de sus derechos”. Es por ello que “alcanzada la mayoría de edad planteo la... reclamación”.

Invoca lo dispuesto en los artículos 106.2 de la Constitución, 139.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y añade que no hay la más mínima duda de que “la causa de la enfermedad que padece la suscribiente” es la “mala praxis médica al desatender totalmente al paciente”.

### ***B) Admisión a trámite***

La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña... “sin valorar en este momento la posible prescripción de la reclamación”, fue admitida a trámite por Resolución 16/2013, de 16 de abril, del Secretario General Técnico del Departamento de Salud. En la misma resolución se designó instructor del expediente, y se informó a la interesada de que la tramitación podría implicar acceso a los datos de la historia clínica y de que el plazo máximo para notificar la resolución es de seis meses, siendo desestimatorio el sentido del silencio. La resolución fue notificada a la interesada con fecha de 26 de abril de 2013.

### ***C) Instrucción del procedimiento***

El día 26 de junio de 2013, el instructor del expediente solicitó al Subdirector de Urgencias de Atención Primaria copia de la historia clínica relacionada con la asistencia prestada a la paciente en el entonces Ambulatorio... e indicación del nombre y apellidos del médico que le atendió con el fin de poder pedir un ulterior informe sobre su actuación profesional.

Con posterioridad -3 de mayo de 2013- se solicitó copia de la historia clínica de la paciente al Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra.

En respuesta a lo solicitado, con fecha de 4 de julio de 2013, se manifestó por parte del Subdirector de Urgencias de Atención Primaria que “en aquellos años no existían historias clínicas escritas (en papel) registrándose únicamente en HOST las incidencias más sobresalientes”. Por tanto, se contesta lo siguiente:

“La consulta se solicitaba por: Fiebre, cefalea, dolor brazos, piernas, etc. Mal estado general.

El diagnóstico: Síndrome gripal.

Tratamiento: Paracetamol, bebidas calientes y reposo en cama. Control por su Pediatra.”

Además, se indica el nombre de la médica que atendió a la paciente.

Con fecha de 19 de julio de 2013, es el Director del Complejo Hospitalario de Navarra el que remite copia de la historia clínica de doña..., nacida el 9 de febrero de 1994.

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

Según consta en el correspondiente informe del Servicio de Urgencias de Pediatría, el 21 de diciembre de 2008 es llevada en ambulancia a ese Servicio, “por presentar fiebre de unas 12 horas de evolución hasta 40”, la chica de 14 años... “Hace unas 2 horas ha despertado y presentaba manchas por el cuerpo y se encontraba muy mal. Ha vomitado en una ocasión y refiere dolor en la garganta y piernas”. “En el momento de llegar la ambulancia a su casa ha presentado una convulsión generalizada de un minuto de duración con periodo postcrítico posterior”. Presenta una temperatura axilar de 37,9º C, extremidades frías y con equimosis. “Petequias y equimosis en tórax y abdomen”. Se añade que “se han dado varios casos de meningitis meningocócica en las últimas 24 horas”.

En posterior informe del Servicio UCI de Pediatría, de 26 de enero de 2009, se señala que “se produce necrosis de antepié derecho con frialdad hasta tobillo y ausencia de pulso pedio, necrosis de pulpejos de dedos de pie izquierdo y necrosis cutáneas parcheadas en ambas piernas. Se realiza gammagrafía y doppler de EEII. Un mes después del ingreso se lleva a cabo amputación pretibial izquierda y de falange distal de 3º dedo de pie izquierdo además de desbridamiento de zonas cutáneas necróticas en EII con colocación de injertos cutáneos en seguimiento por servicios de cirugía vascular, cirugía plástica y traumatología infantil”. El juicio clínico contenido en este informe es el siguiente: “Shock séptico por Meningococo B. Coagulación intravascular diseminada. Necrosis isquémica de extremidades inferiores. Trombopenia. Sospecha clínica de infección fúngica sistémica. Candidiasis bucal, vaginal, perianal. Trastornos hidroelectrolíticos (hipomagnesemia,

hipocalcemia, hipoalbuminemia). Amputación pretibial de pierna derecha y falange distal de 3º dedo pie izquierdo. Desbridamientos e injertos cutáneos en pierna izquierda”. Se le da el alta el 26 de enero de 2009.

Con anterioridad, había sido valorada por el Servicio de Psiquiatría, indicándose que se trata de una paciente “diagnosticada de Trastorno Oposicionista-desafiante que reside desde hace dos años en un piso de acogida. Ingresada desde hace 22 días por una sepsis meningocócica+CID que le ha dejado como secuela una importante isquemia de ambas extremidades inferiores (principalmente EID) pendiente de intervención quirúrgica para amputación. No ha presentado dificultades de manejo durante el ingreso y en los últimos días los médicos le han transmitido que va a precisar una amputación. Por el momento la paciente ha reaccionado de forma adecuada. La madre se encuentra muy angustiada”.

En posterior informe del mismo Servicio de Psiquiatría de 22 de enero de 2009, se da cuenta de la entrevista con la madre de la paciente, que refiere estar preocupada de cómo va a aceptar el proceso. “La define como una chica con buenas capacidades de afrontamiento en general. Problemas de conducta desde los 10 años a raíz de separación de los padres, con mala relación entre ellos. La madre se vio incapaz de sobrellevar a su hija por lo que tuvieron que entregar la guardia y custodia... Durante el ingreso desde hace 1 mes, ha observado bien a su hija, no le ha referido síntomas ansiosodepresivos, pero tiene miedo de lo que pueda ocurrir”.

El 27 de enero de 2009 pasa al Servicio de Pediatría del Hospital..., procedente de la UCI Pediátrica. El 11 de febrero se realiza desbridamiento de pie izquierdo en quirófano, encontrándose necrosis en zona aquilea, por lo que dejan sistema vacío y realizan sucesivas curas en quirófano. Se indica alta pendiente de reintervención en 15 días. “Es seguida por parte de Psiquiatría,

ofreciendo apoyo materno-filial e instaurándose tratamiento ansiolítico”. Tras la reintervención se instaura tratamiento con amoxicilina-clavulanico oral. “Se recibe informe de anatomía patológica de pieza de amputación de extremidad inferior derecha (pie y 33 cm de pierna) que muestra extensas áreas de necrosis de piel y de partes blandas, con borde quirúrgico a nivel de piel, partes blandas y pedículo vascular sin lesión”. Es dada de alta el 20 de febrero de 2009.

El 30 de enero de 2009 la paciente acude al Servicio de Psiquiatría para realizar seguimiento. Está preocupada “porque igual tienen que intervenirla de nuevo”. Según la madre la paciente lo está llevando “demasiado bien”, tiene miedo de lo que pueda venir luego.

El día 12 de febrero de 2009, el Servicio de Cirugía Plástica realiza en la pierna izquierda el “desbridamiento de zona aquilea, resecao tendón del Aquiles en dicha zona y dejando plano suprafascial del soleo, limpieza de costras en cara anterior de pierna, desbridamiento de escaras digitales de falanges distales de primero, segundo, tercero y cuarto dedo. Se pone VAAC en dicha pierna y se curan los dedos con furacin”.

Con fecha de 15 de abril de 2009, la paciente es sometida a una arteriografía, y el 21 del mismo mes y año se le realiza intervención quirúrgica para reconstrucción de tobillo con injerto tendinoso de banco y colgajo TMG.

Con fecha de 11 de junio de 2009, el Servicio de Cirugía Plástica realiza intervención quirúrgica consistente en “desbridamiento de TEJ necrótico y cierre directo”, por “dehiscencia de herida”.

El 15 de diciembre de 2009 la paciente es nuevamente examinada por el Servicio de Psiquiatría, concluyéndose lo siguiente: “Paciente con antecedentes de tratamiento psiquiátrico de años de evolución, diagnosticada de Trastorno Negativista Desafiante. Atenciones

seriadas en 2003 y 2005 en CSM de... y ..., con escasos resultados a nivel de conducta. Durante tres años en un piso de Bienestar Social, hasta que hace un año, presenta una infección meningocócica complicada, por la que le tienen que amputar la pierna derecha. Desde entonces ha estado en el domicilio, con la madre, sin aceptar intervención psiquiátrica ni psicológica. Según informan la madre y la hija en estos meses la dinámica familiar se ha visto seriamente dañada, con discusiones constantes, llegando a la heteroagresión. La familia extensa ha tratado de intervenir sin éxito, por lo que se decide ingreso en COA para valoración. Ingresada en Medicina Interna por una celulitis. La paciente verbaliza no querer volver al COA. Culpabiliza a la madre de todas sus dificultades y amenaza con no aceptar ayuda si vuelve al centro”.

Con fecha de 5 de mayo de 2010, la paciente es explorada por el Servicio de Rehabilitación, informándose que la prótesis se encuentra “con buena adaptación y tolerancia”, que practica bici y pasea y que ha perdido peso. “Valoraremos pauta a seguir tras posible cirugía después del verano”.

El 18 de mayo de 2010, se informa por el Servicio de Cirugía Plástica que “en la actualidad está en rehabilitación para recuperar movilidad de tobillo, pero presenta inmovilidad de los dedos del pie dch. (*sic*) que le molestan para caminar y calzarse. Por nuestra parte está pendiente de remodelación de colgajo de reconstrucción después del verano”.

El 30 de julio de 2010 ingresa para “intervención quirúrgica para regularización de muñón de EID y corrección de dedos en garra en pie izquierdo”, dándosele de alta el día 4 de agosto de 2010. Según consta en informe de la Diplomada de Trabajo Social del Hospital..., “las relaciones familiares son muy conflictivas”. Finalmente se traslada a la paciente, con su madre, al domicilio familiar que el padre abandona previamente.

Con fecha de 22 de octubre de 2010 se informa por el Servicio de Cirugía Plástica que la paciente está “pendiente de intervención para remodelación de colgajo de tobillo izquierdo y corrección de 1º dedo en garra”.

El 16 de noviembre de 2010 se interviene a la paciente por parte del Servicio de Traumatología para “osteotomía extensora de 1º dedo” y “alargamiento de tendón flexor”.

El 25 de noviembre siguiente, es el Servicio de Cirugía Plástica el que interviene a la paciente para “extirpación de la porción lateral redundante del colgajo TMG en tobillo” y “cierre directo”.

El 30 de agosto de 2011 ingresa la paciente nuevamente “para tratamiento de dedos en garra secuela de síndrome compartimental por sepsis meningocócica”, siendo intervenida al día siguiente por el Servicio de Traumatología. La intervención se describe así: “Artoplastia de Viladot en 4º dedo. Exéresis falange distal de 2º dedo ya que al desinsertar el flexor no corrige la garra distal. Retirada de placa de osteosíntesis de 1º dedo y exéresis de exostosis de cabeza de 1º metatarsiano. Cierre por planos y vendaje comprensivo”.

El 9 de octubre de 2012 es intervenida por “úlceras de talón izquierdo”, realizándose la “resección de la úlcera, hemostasia y cierre por planos”.

El 3 de diciembre de 2012, la paciente es derivada a urgencias “tras consumo de unas 10 pastillas de citalopram que ha tomado con intento autolítico... ha discutido con su madre y hermano. Está dispuesta a acabar con su vida y refiere no haber pedido ayuda a nadie”. Según se indica en el informe correspondiente, existen “antecedentes de gestos autolesivos desde 2010. Se corta en brazos, tripa y piernas. Les amenaza con hacerse daño”. “Es la única manera de sacar lo que llevo dentro”. El juicio clínico es: “Sobreingesta medicamentosa en mujer de 18 años con F91.3

Trastorno disocial desafiante y oposicionista”. La paciente niega ideación autolítica estructurada, tiene planes de futuro.

El 25 de enero de 2013 la paciente acude al Servicio de Cirugía Plástica a revisión. “Heridas curadas. Ha decidido que quiere irse al extranjero a aprender inglés. Cito en 6 meses”.

El 24 de febrero de 2013, la paciente es trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital... “Presenta episodio de agitación, agresividad contra objetos, rompe varios muebles y enseres de casa y se autolesiona. Se realiza cortes sobre mamelón de pierna relacionado con sepsis hace 4 años y amputación del otro pie”.

El 30 de marzo de 2013, doña... vuelve a acudir al Servicio de Urgencias acompañada de su madre por “intento autolítico. Según refiere la madre ayer a la tarde se tomó seis comprimidos de risperidona y 12 cp de lorazepam (1mg?) y se hizo corte en región posterior de pierna izda. Ha estado durmiendo hasta esta tarde y hacia las 19 h aprox ha ingerido 4 cp de antabus, 3 de risperidona (0,5 mg) y 5 cp de amoxicilina, realizándose cortes superficiales en antebrazo izdo. La paciente refiere encontrarse mal desde hace 2 años tras problemática con sus amigas, se siente triste y cansada, sin ganas de vivir, ideas de muerte estructuradas... refiere como desencadenante discusión familiar”.

El 14 de mayo de 2013 se produce un nuevo episodio autolítico de la paciente, con consumo de diversas pastillas. “Refiere la madre que hoy la hija ha estado con una amiga en la calle y que ha debido discutir con ella. Ha llegado a casa violenta, ha discutido con la madre... Parece que ha consumido 12 pastillas de loracepam de 1 mg y prozac... Posteriormente se ha escapado de casa y es traída a urgencias en ambulancia tras ser encontrada en la calle”.

El 3 de junio de 2013, la paciente acude a urgencias “por autorealización de lesiones en zona de colgajo de pierna izquierda. Es traída por la madre”.

El 8 de junio de 2013, la paciente vuelve a acudir a Urgencias acompañada de su tía. “Se ha realizado unas heridas incisivas en una zona con injerto en maléolo interno. También se ha realizado unos cortes superficiales en brazo izquierdo”. “Su madre se compromete al acompañamiento de la paciente... La paciente colabora... niega ideación de muerte e ideación autolítica... Expresa su deseo de irse a su domicilio a donde se marcha acompañada de sus padres”.

Con fecha de 2 de julio de 2013, el Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario de Navarra, emite un informe sobre los hechos alegados en la reclamación presentada por doña..., en el que señala lo siguiente:

“Una vez establecidas las lesiones isquémicas definitivas (zonas de necrosis), y de acuerdo con Cirugía Ortopédica Infantil, se decide la realización de una amputación reglada de extremidad inferior derecha a nivel infracondíleo. La intervención se lleva a cabo, de forma conjunta entre ambos servicios, el día 21 de enero de 2009, realizándose en el mismo tiempo amputación de falange distal del 3er dedo del pie izquierdo y la cobertura con injertos de diversas áreas dañadas en ambas piernas, incluyendo remodelación del muñón.

La evolución posterior fue razonablemente buena, teniendo en cuenta la severidad de los daños en ambas piernas, precisando múltiples curas (algunas bajo control anestésico: 12 y 17 de febrero de 2009) y seguimiento estrecho. Finalmente queda una lesión residual a nivel aquíleo izquierdo, con exposición y lesión severa de dicho tendón. Dada la edad de la paciente, las peculiares circunstancias del caso, la severidad del daño y sus implicaciones funcionales, y el hecho de haber tenido que serle amputada –parcialmente- la pierna derecha, se valoraron las posibilidades reconstructivas en sesión conjunta del servicio, planteándole como mejor opción a nuestro juicio la de reconstrucción tendinosa con aloinjerto de tendón criopreservado (de cadáver), y cobertura del mismo y de los defectos de partes blandas en pie mediante la transferencia microquirúrgica de un colgajo libre tipo

TMG. Esta intervención se llevó a cabo el día 21 de abril de 2009, siendo la evolución posterior buena y dándosele el alta hospitalaria el día 1 de mayo de 2009. Con posterioridad requirió alguna nueva cura bajo anestesia por dehiscencia parcial de la herida (11 de junio de 2009). El 25 de noviembre de 2010 se le realizó remodelación del colgajo de reconstrucción para adelgazarlo y ajuste del mismo; el 9 de octubre de 2012 requirió igualmente desbridamiento y sutura por úlcera en talón izquierdo.

A pesar de estas incidencias en cuanto a dehiscencias y pequeñas ulceraciones que presentó en zonas de rozadura y apoyo, la evolución final ha sido globalmente satisfactoria, correcta. Dadas las circunstancias del caso y el daño residual a nivel de pie reconstruido, tanto en cuanto a la cobertura de tejidos como en cuanto a la sensibilidad alterada, la aparición de incidencias o pequeñas complicaciones como éstas entra dentro de lo esperable, razonable, para este tipo de intervenciones reconstructivas.

Hasta lo que hemos podido seguir a la paciente con posterioridad, la evolución desde el punto de vista de la reconstrucción realizada es satisfactoria, tanto en cuanto a la cobertura de defectos como, sobre todo, funcionalmente. No se han dado incidencias con la reconstrucción-plastia tendinosa realizada y, con las consiguientes ayudas ortopédicas y el cuidado rutinario de las zonas dañadas que la paciente ha incorporado a su hábito de salud y vida, el resultado final cabe considerarlo como bueno, con las lógicas e importantes secuelas que ya conocemos.

Aunque no podemos entrar a valorar las circunstancias del diagnóstico (demora, pruebas, etc.) que la paciente cuestiona en su escrito, sí podemos afirmar sin dudas que este tipo de cuadros son, por lo general, de instauración y evolución muy rápida, constituyendo una urgencia vital dado el alto riesgo de muerte que conllevan. Por desgracia, a pesar de las medidas de soporte vital y de la terapia antimicrobiana que se aplique, incluso con celeridad, a menudo la evolución es realmente rápida y tórpida, agresiva, produciendo

frecuentemente daños tisulares por isquemia (fallo microvascular) en extremidades (sobre todo en las zonas más distales), aunque también en otros órganos como riñones, etc.

Así pues, más allá de las consideraciones que desde el área de infecciosas, pediatría o UCI puedan sin duda aportar con más criterio que yo, sí me permito apuntar que las necrosis que desarrolló la paciente y, por lo tanto, las intervenciones que hubieron de serle practicadas y las secuelas que le han quedado, entran dentro de lo desgraciadamente frecuente en este tipo de cuadros, sin olvidar la alta mortalidad que conllevan”.

Obra en el expediente, asimismo, un informe del Jefe del Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra, fechado el 2 de septiembre de 2013, en el que se manifiesta, en primer lugar, que “no se dispone de informe médico escrito sobre las atenciones recibidas en fecha 20 de diciembre de 2008 en el Ambulatorio...”.

Se señala, en segundo lugar, que “parece inaudito que ante el cuadro que presentaba... sólo se constataste que tenía fiebre y no se realizase ninguna exploración física. Disponer del informe resultaría esclarecedor”.

Como comentario adicional se añade que “el cuadro clínico es en general muy grave y en pocas horas puede precipitar unas lesiones en el organismo que pueden ocasionar la muerte, en el alrededor del 10% de los casos y en caso de sobrevivir, pueden quedar secuelas muy severas a nivel de extremidades y del sistema nervioso central”. “En la fase inicial de la infección los síntomas suelen ser muy inespecíficos, y en el transcurso de pocas horas desencadenarse el cuadro clínico completo y en ocasiones producirse el fallecimiento en pocas horas”.

La reclamación formulada ha sido informada con fecha de 11 de noviembre de 2013, también, por la asesoría médica “...” (en adelante, ...). Conforme a este informe, “el cuadro clínico de la infección meningocócica es inespecífico. Presentando síntomas que pueden ser similares a los de la gripe o cualquier otra enfermedad común”. La sintomatología que

presentaba la paciente cuando fue atendida en el Ambulatorio era inespecífica, “fiebre de unas horas de evolución, dolores en brazos y piernas, cefalea”, común a “numerosas enfermedades mucho más frecuentes, entre ellas el síndrome gripal”.

Ante la ausencia de sintomatología específica de afección meníngea – sigue el informe-, “no existían datos específicos que hicieran sospechar la patología tan agresiva rápidamente progresiva que desarrollaría unas horas después. En ese momento y ante esta situación clínica, la actuación del médico fue correcta y ajustada a todos los protocolos nacionales e internacionales. No estaba indicado realizar ninguna otra prueba, ni punción lumbar que aunque se hubiera realizado no hubiera aportado datos diagnósticos, ya que cuando se realizó, por estar indicada, tras su ingreso en la UCIP el líquido era claro y presentaba normalidad bioquímica”.

Se concluye que la atención sanitaria fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

Obra en el expediente, asimismo, un nuevo escrito de doña... de 19 de noviembre de 2013, en el que, “como quiera que en la resolución nº 16/2013, del 16 de abril dictada por el Secretario General Técnico del Departamento de Salud... se alude de soslayo a la probabilidad de la prescripción de la reclamación”, se realizan una serie de manifestaciones complementarias en las que se pone de manifiesto que como consecuencia de las lesiones y secuelas la reclamante está en tratamiento psiquiátrico y psicológico, siendo tratada y en continuo seguimiento por el departamento de Cirugía Plástica del Hospital... Aporta citación para el 22 de noviembre de 2013 “al objeto de determinar la fecha de una nueva intervención quirúrgica”. Señala que han sido constantes los ingresos hospitalarios en el año 2013, que “sigue en tratamiento continuo de sus lesiones, no habiendo alcanzado fecha de hoy una estabilización lesional”.

Dicho lo anterior –señala- “es ocioso decir que a efectos de prescripción en los supuestos de lesiones que dejan secuelas físicas o psíquicas susceptibles de curación o mejoría, el plazo no comienza a correr hasta conocer el estado definitivo de las mismas”. Invoca la doctrina

contenida en la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 13 de febrero de 2013, conforme a la cual el cómputo del plazo para el ejercicio de las acciones de responsabilidad civil por culpa extracontractual “no puede comenzar a contarse desde la fecha de sanidad o de alta, en el que se consigne o exprese las referidas secuelas, sino que ha de esperarse a conocer el alcance definitivo de éstas”.

A su juicio, requiere aún de múltiples intervenciones y, en paralelo, ha estado afectada de numerosos cuadros de ansiedad, siendo tratada por los servicios de urgencias en no menos de 12 ocasiones en 2013. Deriva de ello que nos encontramos ante daños continuados.

#### ***D) Trámite de audiencia y alegaciones***

El día 7 de mayo de 2014, el instructor del expediente acordó abrir trámite de audiencia para que la interesada pudiese formular nuevas alegaciones y presentar otros documentos y justificaciones, facilitándole copia de los informes y dictámenes incorporados al procedimiento, así como de la historia clínica.

Mediante escrito de 20 de mayo de 2014, la reclamante formuló alegaciones, acompañando declaración jurada de doña... en la que relata lo ocurrido en la asistencia prestada a su sobrina... en el ambulatorio, los síntomas que presentaba ésta (“malestar generalizado con fiebre con convulsiones y fuertes dolores a nivel de cabeza, cuello, brazos y piernas con cansancio generalizado), la duración de la consulta, de cinco o seis minutos, en los que únicamente se le tomó la temperatura (40º) y se le recetó paracetamol, sin ninguna otra exploración. Añade que tal y como se recoge en el informe de Urgencias de Pediatría de 21 de diciembre de 2008, se habían dado “varios casos de meningitis meningocócica en las últimas 24 horas”, de donde deduce que “la Red Pública Sanitaria estaba ya al corriente y advertida de la existencia de una epidemia de meningitis meningocócica en la Comarca de Pamplona”. Refleja, asimismo, lo señalado en el informe del Jefe de Pediatría del Hospital de Navarra respecto de lo inaudito de la toma de temperatura sin ninguna exploración física a la paciente en el Ambulatorio, y se adjunta informe pericial en el que se

comparte lo informado por el citado Jefe de Pediatría, se considera que la gravedad de los síntomas exigía e imponía el ingreso hospitalario, dándose una clara negligencia explorativa y diagnóstica. Ese error de diagnóstico anuló cualquier actuación perentoria y urgente y como consecuencia de ello se produjeron unas secuelas gravísimas. Se invoca en el escrito de alegaciones la doctrina contenida en la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 7 de marzo de 2011; y, se termina haciendo referencia a las graves secuelas que se padecen por la paciente, tanto físicas como psíquicas.

Con posterioridad -24 de febrero de 2015- se han aportado al expediente por la reclamante, informe del Servicio de Cirugía Plástica concerniente a la última intervención realizada el 11 de febrero de 2015 para remodelación del colgajo de la extremidad inferior izquierda, informe del mismo Servicio de 18 de febrero de 2015 por epidermólisis superficial en dicho colgajo, reportaje fotográfico del pie tras la remodelación del colgajo y Resolución 3284/2014, de 5 de agosto, del Subdirector de Gestión y Recursos para la Dependencia en la que se le reconoce un grado de discapacidad del 58%.

### ***E) Propuesta de resolución***

En el expediente figura un informe jurídico formulado por el instructor del procedimiento, con el visto bueno del Jefe de la Sección de Asistencia Jurídica al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de 11 de junio de 2015, en el que se examinan los informes médicos obrantes en el expediente y se rechazan las alegaciones formuladas por la interesada, considerándose, en primer lugar, que “procede considerar prescrita la reclamación presentada por doña..., dado que ha sido presentada el 12 de febrero de 2013 una vez transcurrido ampliamente el plazo de prescripción de un año desde la determinación del alcance de las secuelas que, en este caso, se producen con las amputaciones sufridas por la paciente”, conforme a una jurisprudencia del Tribunal Supremo mantenida, entre otras en la sentencia de 10 de marzo de 2005, dictada en un caso similar de amputaciones. A su juicio, “la colocación de futuras prótesis, la rehabilitación y la declaración de

valoración de incapacidades no interrumpen el plazo de prescripción” (sentencia del TSJ de la Comunidad Valenciana de 31 de enero de 2014), y tampoco la patología mental que sufre la paciente, “dado que está en seguimiento en los servicios de Salud Mental desde el año 2000, en que fue diagnosticada de trastorno disocial desafiante y oposicionista”. Además – continúa el informe jurídico- doña... reconoce tácitamente la extemporaneidad de su reclamación al manifestar que “la acción se ejercita una vez alcanzada la mayoría de edad de la suscribiente... ya que por disensiones entre los padres ambos separados, ninguno de ellos se ocuparon nunca de los intereses de la menor”, a pesar de que “ambos progenitores nunca fueron privados de la patria potestad durante su minoría de edad”. A mayor abundamiento, se entiende con base fundamentalmente en el informe pericial de “...”, con carácter subsidiario, que “procedería desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial... considerando la asistencia sanitaria prestada como ajustada a la *lex artis*”. No se comparte que se haya producido error de diagnóstico ya que los signos que presentaba al paciente “no eran específicos de patología meníngea”.

Se ha incorporado, asimismo, el texto de la propuesta de resolución que, en su caso, dictará la Directora Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en la que de acuerdo con la primera parte del informe jurídico formulado por el instructor, se desestima por extemporánea la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

#### ***F) Petición de trámite de audiencia***

Por Resolución 61/2015, de 3 de agosto, del Presidente del Consejo de Navarra, a la vista de la solicitud formulada con fecha de 31 de julio de 2015 por doña... para que se le concediera trámite de audiencia, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la LFCN y por el artículo 33, apartados 1 y 2, del Decreto Foral 90/2000, de 28 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo de Navarra, se resolvió la concesión de dicho trámite por un período de quince días hábiles.

Obra, finalmente, en el expediente el último escrito de alegaciones remitido a este Consejo por doña..., al que acompaña diversa

documentación que en su mayoría ya obra en el expediente. Se aporta un informe clínico del Servicio de Cirugía Plástica HVC, de fecha 3 de julio de 2015, en el que, con relación a la última intervención realizada por la remodelación del colgajo de la extremidad inferior izquierda de la paciente, se señala que “a día 27/02/2015 se retiran grapas y se considera que la (sic) se ha producido la estabilización lesional de este último procedimiento con secuelas definitivas tras esta última intervención”. Se aportan, asimismo, un informe del Servicio de Psiquiatría HVC de 22 de junio de 2014 y un informe clínico de urgencias de 21 de mayo de 2015. En el primero se da cuenta de que la paciente acude por “síntomatología ansiosa”, ingresa en el Servicio de Observación ante el riesgo de autolesión y para contención de la crisis, y se señala que “persisten las dificultades propias de su Trastorno caracterial y las dificultades que le generan para manejar situaciones de conflicto”. El juicio clínico es “F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad”. En el informe de 21 de mayo de 2015, se acude, asimismo, por “elevados niveles de ansiedad”, ante ello se le administra clorazepato dipotásico, con indicación de esperar un tiempo prudencial para poder plantear un nuevo plan terapéutico, pero la paciente finalmente abandona el Servicio de Urgencias, siendo el motivo del alta la “fuga”.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

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

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por doña... por 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 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 precisarse 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 a la interesada 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.

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 atención prestada al paciente, el dictamen de... y el presentado por la reclamante.

Se ha respetado, además, el principio de audiencia y el derecho de defensa que corresponde a la reclamante otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

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

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos, contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

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

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

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. Sobre la prescripción de la acción de reclamación**

La propuesta de resolución formulada por la Administración desestima la reclamación formulada por extemporánea, considerando que ha transcurrido ampliamente el plazo de prescripción de un año desde la determinación del alcance de las secuelas que se producen con las amputaciones sufridas por la paciente, con cita de la sentencia del Tribunal Supremo de 10 de marzo de 2005 y de la sentencia del TSJ de la Comunidad Valenciana de 31 de enero de 2014.

No podemos compartir, a la vista de las particulares circunstancias del presente caso, la conclusión alcanzada por la Administración.

Como consecuencia de la dolencia padecida por la reclamante, lo cierto es que se invoca la producción de una serie de secuelas que podemos resumir en la amputación de la pierna derecha, la amputación del tercer dedo del pie izquierdo con afección a la pierna izquierda, que se ve sometida a diversas intervenciones (desbridamientos, injertos, reconstrucción de tobillo, corrección de dedos en garra, remodelaciones de colgajo, alargamiento de tendón, etc.). Igualmente, se invoca la producción

de daños psicológicos que han dado lugar a diversas atenciones por parte del Servicio de Psiquiatría, existiendo una previa diagnosis de trastorno opositorista-desafiante.

Es constante la jurisprudencia –entre otras sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2012- que establece que el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que “se conozca definitivamente los efectos del quebranto”, distinguiéndose entre daños permanentes y daños continuados. “Por daños permanentes debe entenderse aquellos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo. Ejemplo de un daño de este tipo, cuyo resultado lesivo queda determinado por la producción del hecho o acto causante, sería el de la pérdida de un brazo, o de una pierna. Se trata de daños que pueden ser evaluados económicamente desde el momento de su producción, y por eso el día inicial del cómputo es el siguiente a aquél en que el daño se produjo. Daños continuados, en cambio, son aquellos que, porque se producen día a día, de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad, es necesario dejar pasar un periodo de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias del hecho o del acto causante del mismo. Y por eso, para este tipo de daños, el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos. O, como dice el artículo 145.2 de la Ley 30/1992, para los daños físicos o psíquicos inferidos a las personas físicas, «desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas». Línea seguida posteriormente, en las Sentencias de 14 de julio de 2010, recurso de casación 5990/2008, 22 de febrero de 2012, recurso de casación 2008/2011.”

Son los daños padecidos en la pierna izquierda, al menos, los que pueden ser considerados como continuados. Han sido numerosas y continuas en el tiempo las intervenciones realizadas en esa pierna para corregir o paliar el quebranto padecido y, de hecho, y tal y como se acredita por la reclamante, incluso con posterioridad a la formulación de su reclamación, se han producido intervenciones para remodelar el colgajo de esa extremidad (febrero de 2015), siendo verdaderamente reveladoras las

fotografías aportadas. Se han realizado intervenciones en esa misma pierna en enero de 2009, en febrero de 2009, en abril de 2009, en junio de 2009, en julio de 2010, en noviembre de 2010, en agosto de 2011 y en octubre de 2012; y, como hemos señalado anteriormente, es el informe clínico del Servicio de Cirugía Plástica..., de fecha 3 de julio de 2015, el que con relación a la última intervención realizada por la remodelación del colgajo de la extremidad inferior izquierda de la paciente, señala que “a día 27/02/2015 se retiran grapas y se considera que la (*sic*) se ha producido la estabilización lesional de este último procedimiento con secuelas definitivas tras esta última intervención”.

Siendo ello así, lo cierto es que la determinación del alcance de las secuelas respecto de esa pierna izquierda no puede decirse que se produzca en el momento de la primera intervención de amputación a la que fue sometida la paciente, no habiéndose acreditado esa determinación de forma que permita sostener que ha transcurrido el tiempo establecido para la prescripción. A estos efectos, debe tenerse en cuenta que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 217.3 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil “incumbe al demandado... la carga de probar los hechos que conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos” de los que se desprenda el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones que se ejercitan.

En todo caso, ha de añadirse, además, que “en coherencia con la jurisprudencia de la Sala (sentencias de 5 de febrero de 1980, 3 de febrero, 29 de abril de 1986, 10 de febrero, 8 de junio de 1989 y 7 de febrero de 1997), hay que interpretar en un sentido ampliatorio y favorable para el actor el inicio del cómputo de prescripción, siendo de tener en cuenta, a mayor abundamiento, el principio *pro actione*”, tal y como señala, por ejemplo, la sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 1998.

## **II.5ª. En particular, la antijuridicidad del daño y el 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 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 más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. 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 médica 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 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.

Según el informe de..., la atención sanitaria ofrecida a la paciente en el Ambulatorio... fue correcta y ajustada a la *lex artis*, toda vez que, a su juicio, “no existían datos específicos que hicieran sospechar la patología tan agresiva rápidamente progresiva que desarrollaría unas horas después”, siendo los síntomas de la infección meningocócica inespecíficos y similares a los de cualquier enfermedad común como la gripe.

Ciertamente las referencias existentes acerca de la atención prestada a doña... en el citado ambulatorio son escasas. Se dice que la consulta es por “fiebre, cefalea, dolor brazos, piernas, etc. Mal estado general”, se diagnostica “síndrome gripal” y se receta “paracetamol, bebidas calientes y reposo en cama. Control por su Pediatra”. Nada más se señala y ni tan siquiera se ha tomado declaración a la doctora que prestó la asistencia.

Frente a tan escasa información contamos con la declaración jurada de la tía de la paciente, que manifiesta que la duración de la consulta fue de cinco o seis minutos, que presentaba malestar generalizado con fiebre con convulsiones y fuertes dolores a nivel de cabeza, cuello, brazos y piernas con cansancio generalizado, que únicamente se le tomó la temperatura que alcanzaba los 40º, y se le recetó paracetamol, sin ninguna exploración.

Contamos, asimismo, con el informe del Jefe de los Servicios de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario de Navarra, que en su informe de 2 de julio de 2013 señala expresamente que “no podemos entrar a valorar las circunstancias del diagnóstico (demora, pruebas, etc.)” realizado a la paciente.

Más expresivo es el informe del Jefe del Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra de 2 de septiembre de 2013, que tras señalar que “no se dispone de informe médico escrito sobre las atenciones recibidas en fecha 20 de diciembre de 2008 en el Ambulatorio...”, manifiesta que “parece inaudito que ante el cuadro que presentaba... sólo se constatase que tenía fiebre y no se realizase ninguna exploración física”,

añadiendo que “disponer del informe resultaría esclarecedor”. Pues bien, lo cierto es que ese informe no existe, pese a que por el instructor del expediente se requirió indicación del nombre del médico que atendió a la paciente “con el fin de poder pedirle un ulterior informe sobre su actuación profesional”.

La falta de tal informe sobre la atención, no resulta achacable a la reclamante, sino que correspondía a la Administración realizar las averiguaciones pertinentes y, en su caso, tomar declaración a la médica que prestó la atención para acreditar adecuada prestación del servicio. Nada de esto se ha hecho, razón por la cual hemos de atender a las manifestaciones realizadas por la paciente y por su tía.

Por último, el informe pericial aportado por la reclamante comparte lo informado por el Jefe del Servicio de Pediatría y considera que la gravedad de los síntomas exigía e imponía el ingreso hospitalario, dándose una clara negligencia explorativa y diagnóstica, lo que, por otra parte, resultó confirmado con el diagnóstico que se le realizó al día siguiente.

En definitiva, procede la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria como consecuencia de la producción de un daño antijurídico al concurrir la infracción de la *lex artis*.

## **II.6ª. Fijación de la indemnización**

Resta, por último, el pronunciamiento sobre el quantum indemnizatorio. La reclamante cifra la cantidad demandada en 900.000 euros sin mayor especificación y sin que, por otra parte, se haya presentado informe pericial que le sirva de fundamento.

La indemnización debe responder al principio de reparación integral de los daños y perjuicios causados, atendiendo a las circunstancias personales, laborales y familiares de la reclamante. Esta valoración exige una apreciación racional, aunque no matemática, dadas las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma de dinero.

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

Por otra parte, la indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 141.2 LRJ-PAC). En este sentido, a diferencia de lo que sucede en los supuestos contemplados en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor en la que se contiene un sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, no existe un baremo que contemple las indemnizaciones en casos como el que nos ocupa. No obstante, y a falta de criterios más seguros, los jueces y tribunales acuden con frecuencia al sistema de la Ley citada para determinar el quantum indemnizatorio.

Para la determinación concreta de las cantidades a abonar a la reclamante, deberán tenerse en cuenta los días de baja de la paciente, la agravación producida, en su caso, en su estado psiquiátrico, las secuelas correspondientes a la amputación de su pierna derecha, a la amputación del tercer dedo del pie izquierdo y al estado final de la pierna, tobillo y pie izquierdos.

### **III. CONCLUSIÓN**

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

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.