

Expediente: 44/2015

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

Dictamen: 7/2016, de 25 de enero

DICTAMEN

En Pamplona, a 25 de enero de 2016,

el Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente, don Alfredo Irujo Andueza, Consejero-Secretario, y los Consejeros doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Iruretagoyena Aldaz, don José Antonio Razquin Lizarraga, doña Socorro Sotés Ruiz y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfonso Zuazu Moneo

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 2 de diciembre de 2015 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral 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 lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

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 322/2015, de 19 de

noviembre, del Consejero de Salud, por la que solicita dictamen preceptivo de este Consejo de Navarra.

I.2ª. Antecedentes de hecho y procedimiento tramitado

A) Reclamación de responsabilidad patrimonial

El 3 de julio de 2012 doña..., manifestando actuar en nombre y representación de don..., presenta escrito en el que dice, literalmente, que “tras hablar con atención al paciente y con el Director del Hospital... y no quedar satisfecha, pido responsabilidad civil y patrimonial por el error cometido al haberle dado a mi marido la resonancia de otra persona, con sus debidas consecuencias”.

En relación al contenido de esa reclamación, la Sección de Asistencia Jurídica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-Osasunbidea) requiere al reclamante, mediante escrito de 26 de julio de 2012, para que en el plazo de 10 días proceda a completar y subsanar la reclamación especificando las lesiones padecidas, la presunta relación de causalidad entre éstas y el servicio público, la evaluación económica de la responsabilidad, así como la necesidad de acompañar la documentación acreditativa de las circunstancias de hecho concurrentes.

La respuesta a ese requerimiento fue un nuevo escrito suscrito por doña..., actuando en la misma representación, en el que se manifiesta que el 30 de diciembre de 2012 se le hizo a don... una “resonancia para concretar ponerle una válvula en la cabeza por tener hidrocefalia”, si bien “al verlo el neurocirujano dijo no ver nada para operarle”. Relata la reclamación que el paciente siguió empeorando con “caídas, dolores de cabeza, pérdidas del conocimiento”. En marzo le realizan otra resonancia y “se descubre que la resonancia de diciembre no era de él era de otro enfermo llamado también..., y que no tenía hidrocefalia”. Señala que desde diciembre “tomó toda clase de medicaciones y sin mejorar, al contrario perdió músculo, devolvía, diarreas por un medicamento, etcétera...”.

Continúa la reclamación manifestando que “al fin le operaron el día 23 de mayo después de mucho insistir que lo revisaran y murió el 28 de mayo”. Finaliza añadiendo que “no sé cuanto puede valer una vida, pero como piden una cifra, 30.000 a 40.000 euros”. Acompañaba a este escrito fotocopia del Libro de Familia, y diversos informes médicos del Servicio de Reumatología del Hospital... (de 21 de septiembre de 2011 y 5 de enero de 2012) y del Servicio de Atención al Paciente del mismo centro (de 2 de julio de 2012).

El 7 de febrero de 2013 presentó la reclamante un nuevo escrito, en el que señalaba que el 26 de mayo de 2012 “a la mañana se estropea el cabecero de la cama, subía pero no bajaba. Un chico vino a reparar. Manipuló la cama con el enfermo dentro. Movi6 el cabecero y lo dejó en ángulo recto. Tras tocar algo el cabecero se tumbó y recibió un golpe tremendo en la cabeza, rebotando esta y elevando 20 cm el colchón. Cómo se puede arreglar una cama con el enfermo dentro, además hacia solo tres días que había sido operado de la cabeza y había una cama vacía en su habitación. Al día siguiente hubo un grave empeoramiento”. Concluyendo dicho escrito, “ante este hecho exijo responsabilidad civil y patrimonial”.

Por último, mediante escrito de 15 de mayo de 2013, comparece don... en nombre y representación de doña..., así como de doña..., don... y doña..., esposa e hijos de don..., incorporándose todos ellos en calidad de reclamantes y perjudicados, adhiriéndose todos ellos a la reclamación de responsabilidad patrimonial por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios englobados en el Servicio Navarro de Salud.

En ese nuevo escrito, tras dar por reproducidos los hechos alegados en la reclamación iniciadora del procedimiento e invocar someramente los fundamentos constitucionales y legales de la responsabilidad patrimonial que pretende, identifica el daño en el fallecimiento de don..., que dice es consecuencia del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios por los hechos relatados en el escrito iniciador del procedimiento, sin que existan causas que interfieran la relación de causalidad entre el anormal funcionamiento y el daño causado, sin que los reclamantes tengan el deber jurídico de soportarlo. En cuanto a los daños y perjuicios, se invoca la

obligación de la Administración de dejar “indemne a la víctima o sus herederos, compensándolos de modo que queden restaurados o compensados del daño sufrido”, cifrando la indemnización pretendida conjuntamente por la viuda e hijos en doscientos cincuenta mil euros (250.000€).

B) Instrucción del procedimiento

En el expediente consta la resolución de 24 de agosto de 2012 por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña..., se nombra instructor del procedimiento, se le informa del plazo máximo para resolver y de los efectos que produce su transcurso sin haberse dictado resolución expresa, e igualmente se le informa de que la tramitación de su reclamación “puede implicar el acceso a los datos de la historia clínica del paciente que puedan estar relacionados con el objeto de la misma”.

El 14 de septiembre de 2012 el instructor del procedimiento solicita al Gerente del... la remisión de “copia de la historia clínica completa de don...”, que le es remitida el día 27 de septiembre.

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

Don... acude al Servicio de Urgencias del... el 6 de septiembre de 2011 por padecer “malestar general”, estando diagnosticado previamente de cefaleas y polimialgia reumática, precisando de tratamiento corticoideo de manera habitual, refiriendo que el dolor aumenta a pesar de la medicación y se sitúa en rodillas, manos, muñecas y hombros, además de padecer cuadro de pérdidas de consciencia precedidas de mareo y malestar general, presentando “bajo estado de ánimo e hiporexia desde hace días”. En el mencionado servicio se le practicó exploración física y analítica, resultando un diagnóstico de “arteritis de la temporal” y derivándolo al Servicio de Reumatología.

En el citado Servicio de Reumatología ingresa ese mismo 6 de septiembre y permanece hasta el 21 del mismo mes, reseñándose en los informes como motivo del ingreso “exacerbación polimialgia reumática” y en el que se le realizan distintas pruebas. Entre ellas consta la realización el 9 de septiembre de 2011 de una Resonancia Magnética Craneal en la que se aprecia “un aumento relativo del tamaño del sistema ventricular supratentorial en clara desproporción con el grado de atrofia cortical observado” que “orientan hacia la presencia de una hidrocefalia normotensiva, a valorar en el contexto clínico”. Durante su ingreso se realizan interconsultas con los distintos servicios del centro hospitalario, resultando entre ellas que el Servicio de Neurocirugía señala el 12 de septiembre que “debe resolverse primero el proceso febril y en caso de que persista sospecha fundada de que la clínica sea causada por hidrocefalia del adulto, sea remitido a Consulta de Neurocirugía para valoración DVP”.

El 21 de septiembre de 2011 se cursa el alta del paciente del Servicio de Reumatología, diagnosticándose “probable Síndrome de Swet. Probable Hidrocefalia normotensiva”, prescribiéndose tratamiento farmacológico y estableciéndose revisiones en los servicios de Reumatología, Cardiología, Neurocirugía y Neurología, siendo controlado por su Médico de Atención Primaria.

El 22 de septiembre del 2011 don... acude al Servicio de Urgencias por padecer dolor torácico, si bien “en Urgencias cede el dolor espontáneamente”, siendo dado de alta con cita para el Servicio de Cardiología.

El 27 de septiembre de 2011 realiza una prueba de esfuerzo inferior con un resultado de “Clínica y eléctricamente negativa para isquemia con el ejercicio realizado. Capacidad funcional reducida. Respuesta tensional apropiada. EV bigeminados al inicio del ejercicio que desaparecen con el esfuerzo”.

El 27 de octubre de 2011 es explorado por el Servicio de Neurocirugía por sospecha de hidrocefalia del adulto, apreciándose “deterioro cognitivo de perfil amnésico, marcha cautelosa, actitud en anteflexión, aumento de base,

disminución de amplitud de paso, arrastre sin clara apraxia de la misma. Durante su ingreso se realizó PL tras la cual presentó discreta mejoría, que se mantiene ahora, refiere incontinencia ocasional. Lo que refiere que peor tiene es memoria en forma de fallos ocasionales”, realizándose una Resonancia Magnética de la que resulta que “actualmente el cuadro no es sugestivo de hidrocefalia: deambula bien y las funciones superiores están bien conservadas. Seguimiento por Neurología”, con juicio clínico de “cuadro vertiginosos”.

Al día siguiente se le somete a una TC Craneal del que resulta “Hidrocefalia sin signos de actividad. Conclusión: No existen signos concluyentes de patología aguda intracraneal”, con juicio clínico de “probable episodio ansioso”, por lo que se recomienda “valoración por el psiquiatra mediante cita por su MAP para valoración de cuadro ansioso dentro de posible depresión”.

El 11 de noviembre de 2011 se le practica un nuevo TC Craneal donde no se aprecian variaciones respecto del anteriormente realizado, concluyéndose de nuevo en que “no existen signos concluyentes de patología aguda intracraneal”, y el 16 de noviembre acude al Servicio de Urgencias con juicio clínico de “caída por inestabilidad”, decidiéndose “alta domiciliaria” sin resultar de las exploraciones “alteraciones significativas”.

El 4 de diciembre del 2011 ingresa de nuevo en el Servicio de Urgencias, en el que se le realizan distintas exploraciones y pruebas y, tras ellas, se decide su ingreso en medicina interna “dada la situación del paciente, con caídas cada vez más frecuentes”.

El 12 de diciembre de 2011 es dado de alta por el Servicio de Medicina Interna, con el juicio clínico de “Polimialgia reumática. SD SWEET. Alteraciones marcha de causa multifactorial: Hidrocefalia normotensiva y atrofia muscular secundaria a corticoides”.

El 19 de diciembre del 2011 se realiza nueva exploración en el Servicio de Neurocirugía, en el que no se ve clara la indicación quirúrgica en ese momento.

El 30 de diciembre de 2011, tras acudir a revisión en el Servicio de Reumatología, se le practica una nueva Resonancia Magnética Craneal informándose que “en las imágenes obtenidas no se observan alteraciones en la morfología ni en la intensidad de señal del parénquima encefálico. Sistema ventricular simétrico y no dilatado. Estructuras de la fosa posterior sin hallazgos valorables”, concluyendo el estudio “sin hallazgos significativos”, si bien como luego veremos esos resultados parece ser que correspondían a otro paciente. Se decide el alta y su seguimiento en “Neurología, Neurocirugía (valorar drenaje de líquido cefalorraquídeo) y Reumatología. Por PSA elevada se solicita consulta a Urología”.

El 11 de enero de 2012 es objeto de revisión por el Servicio de Neurología, en cuyos informes se reseña habersele practicado una “punción lumbar evacuadora observándose una mínima mejoría en la marcha empeorando aproximadamente tras la semana de realizar la punción lumbar”, refiriendo que “neurocirugía sospecha la presencia de una posible hidrocefalia de adulto, pero sin clara mejoría con las punciones evacuadoras”, así como que “debido al uso crónico de corticoides presenta un cuadro de miopatía con importante afectación de extremidades inferiores que perjudica igualmente su trastorno de marcha”.

El 11 de febrero de 2012 acude a Urgencias refiriendo haberse caído “sobre andador y otros objetos, con impacto en región torácica, desde entonces dolor costal anterior derecha, que empeora con la movilización y la respiración”, resultando al alta el juicio clínico de “infección respiratoria”. El siguiente día 12 ingresa de nuevo en Urgencias “por mal control del dolor”, administrándosele “toradol iv y fentanest amp iv”, decidiendo “traslado del paciente a domicilio y control del dolor por la unidad de hospitalización domiciliaria”, emitiéndose juicio clínico de “dolor torácico parietal derecho de características pleuríticas”, si bien el 19 de febrero ingresa “en ... por sobrecarga del cuidador en el domicilio”, diagnosticándose entonces “sepsis probable. Vómitos de repetición y dolor abdominal difuso. Abdomen distendido, doloroso de forma difusa. En RX de tórax probable neumonía aspirativa, descartar foco abdominal”, y resultando de una TC craneal que “no existen signos concluyentes de patología aguda intracraneal”.

El 27 de febrero de 2012 el paciente ingresa en el Hospital..., remitido desde el Hospital..., para “supervisión clínica y RHB funcional tras neumonía aspirativa en el contexto de una gastroenteritis aguda”, permaneciendo ingresado en ese centro hasta el 21 de mayo de 2012.

De los informes resulta que “a su ingreso presenta mal estado general con nula ingesta y vómitos de repetición por lo que se realiza endoscopia”, presentando el 21 de marzo “cuadro brusco de cefalea con rigidez de nuca y dolor intenso a la flexión dorsal y lateral. No fiebre náuseas o vómitos. Se realiza PL con extracción de líquidos xantocromico 15cc, Leucos y proteínas 60/Mg/dl, desaparece el cuadro clínico tras la punción”, su “evolutivo en general es tórpido y no favorable”, presentando “amimia facial, incontinencia, dificultad para la marcha y cierta rigidez todo ello compatible con hidrocefalia normotensiva. Cefalea crónica. Ha sido valorado por el S^o de Neurocirugía que valora una posible indicación de colocación de válvula de DVP por lo que es trasladado a ese servicio”. Consta también en el informe emitido por el Hospital... que el 20 de marzo de 2012 se le realiza una “RMN cerebral”, de la que resulta “moderada dilatación ventricular de tipo comunicante, sin objetivar artefacto de flujo significativo. Estos hallazgos son compatibles con el diagnóstico radiológico de hidrocefalia normotensiva, a valorar en el contexto clínico”, reflejándose también que “se ha comparado en estudio con RM previa (9/9/11), sin observar variaciones significativas”, añadiendo una “Nota: en la historia de este paciente figura por error el informe de una RM realizada el 30/12/2011, que se corresponde con la exploración de otro paciente. Se procederá a la eliminación de dicho informe”.

El Servicio de Medicina Interna del Hospital..., en informe de 13 de abril de 2012, para “valoración de Hidrocefalia Normotensiva e indicación de colocación de válvula DVP”, señala que “se da la circunstancia que fue desestimada la colocación de una válvula porque la neurocirujana (Dra... creo) vio el informe de una 2^a RMN que era normal, pero se trataba de otro paciente (se os ha mandado por parte de radiología nota de rectificación)”.

El Servicio de Neurocirugía el 16 de abril de 2012, señala que “en RM se objetiva moderada dilatación ventricular con hiperintensidad

periventricular en Flair que podría ser leucoaraiosis”, así como que “con los datos actuales (RM, TAP-test sin mejoría, etc.) no es concluyente que sea candidato a DVP (posible complicaciones, colecciones subdurales, etc.)”

El 19 de abril de 2012 se plantea por el Servicio de Neurocirugía la realización de “DVP, explicándole a su familia que además de hidrocefalia puede haber otras patologías asociadas y que es posible que la mejoría no sea radical”.

Resulta del expediente que doña... dirigió un escrito al Servicio de Atención al Paciente el 3 de mayo de 2012, en el que tras exponer otros antecedentes señala que “por fin lo ingresaron a partir del día 18 de febrero unos días en el hospital y después en... La doctora que lo atiende le hizo unas pruebas entre ellas una resonancia. El resultado una hidrocefalia importante, pregunto como puede ser si la del mes de diciembre no se veía nada y me dicen que la anterior resonancia era de otro paciente llamado también...e, pero no tenía ni el mismo apellido ni el mismo número de historia, así que ¿usted me dirá? Este error es muy grave, para mi marido y para el otro... Pues esa válvula se la tenían que haber puesto en diciembre o enero...”

El 21 de mayo de 2012 el paciente ingresa en el Servicio de Neurocirugía, siendo intervenido el 23 de mayo, “colocándose derivación ventrículo-peritoneal con válvula programable Stratta II en rango 1.5. La intervención transcurre sin incidencias”, pasando posteriormente a planta “evolucionando sin complicaciones”.

El 25 de mayo de 2012 el paciente ingresa en el Hospital... para convalecencia y tratamiento “tras realizarle una derivación ventrículo-peritoneal de forma programada por hidrocefalia normotensiva con síndrome asociado”, resultando de los informes que “presenta inicialmente una evolución normal, tolerando la sedestación y la ingesta. En la tarde del 27 se encuentra más decaído y apático presenta dos vómitos alimentarios y tendencia al sueño aunque responde a preguntas sencillas y mantiene las constantes vitales”. Sin embargo, a las 21 horas presenta diversas complicaciones y “ante la inestabilidad del cuadro, los riesgos de un traslado

a otro centro para valoración neurológica y posible nueva intervención y los escasos beneficios que podrían obtenerse dada la precaria situación funcional de base, de acuerdo con la familia (hijo y yerno) se deciden tomar medidas de control sintomático y actitud conservadora siendo conscientes de la mala evolución a corto plazo.”

El 28 de mayo de 2012 a las 2,10 horas se produce el fallecimiento de don..., resultando un juicio clínico de “hipertensión intracraneal vs accidente cerebro vascular en el postoperatorio neurológico. Los previos. Éxito”.

C) Informes

El 14 de septiembre de 2012 el instructor se dirige al Servicio de Soporte a la Estructura Asistencial del... solicitando copia de la documentación obrante en el Servicio de Atención al Paciente relativa a las reclamaciones de los familiares de don... en relación a una “tardía asistencia por confusión resultados/paciente en la resonancia magnética realizada el 30 de diciembre de 2011”. En la respuesta a ese requerimiento, además de hacer referencia a las entrevistas mantenidas con los familiares, se señala que “el cruce de información entre la historia clínica de don... con la historia clínica de otro paciente no tuvo repercusiones a la hora de adoptar las decisiones terapéuticas al respecto y este fue el criterio que mantuvimos en la referida entrevista”, aportándose además copia del escrito remitido el 22 de mayo de 2012, con anterioridad a su intervención y posterior fallecimiento, a los familiares del paciente, en el que se detallan las actuaciones y se mantiene que “estamos ante una actuación clínica correcta que se ha podido ver empañada por la información dispensada en los diferentes hospitales que han participado en la atención de Don...”.

El 8 de octubre de 2012 el instructor del procedimiento solicita informes al Servicio de Neurocirugía, al Servicio de Radiodiagnóstico, y al Servicio de Soporte a la Estructura Asistencial, todos ellos del..., sobre los hechos alegados en la reclamación respecto a la presunta confusión de dicha prueba y sus consecuencias, así como al Director Médico del Hospital..., al “objeto de acreditar la caída del cabecero de la cama del paciente y sobre los posibles efectos o no de dicha caída en su evolución sanitaria”.

El Servicio de Neurocirugía informa el 24 de octubre de 2012 que “el paciente tenía un aumento del tamaño ventricular, aunque las pruebas de tap-test no dieron un resultado claro, por lo que en principio se decidió esperar y solamente un empeoramiento nos hizo colocar la válvula”, puntualizando que la decisión quirúrgica no se toma por la supuesta hidrocefalia “sino por la clínica y los resultados del tap-test, que en este caso fueron muy dudosos”. Por último, y en relación a la existencia en la historia clínica de pruebas correspondientes a otro paciente, señala el informe que el que aparezca “otra resonancia en su historia, nada tiene que ver a la hora de tomar una decisión quirúrgica que solamente se toma en función de la clínica del paciente y el tap-test”. A ese informe se adjunta otro emitido el 4 de mayo de 2012, con anterioridad a la intervención quirúrgica, en el que en relación a esa misma cuestión se decía que “lo de la otra historia no tiene nada que ver en el asunto ni se ha perjudicado a uno ni a otro. Si había una RM trasapelada no tiene ninguna importancia y si nosotros no hablamos de tratamiento quirúrgico era basándonos en la clínica y el tap-test”.

El Servicio de Radiología informa, el 15 de octubre de 2012, que al paciente se le habían realizado entre 2008 y 2012 cinco exploraciones de tomografía computarizada (TC) y dos resonancias magnéticas (RM), constatándose en todas ellas que “el paciente tiene una dilatación ventricular de dudoso significado clínico”. Se reseña también que el Servicio de Neurocirugía mantuvo que “la indicación quirúrgica de drenaje ventricular no es concluyente ya que la sintomatología del enfermo es multifactorial”, decidiéndose la intervención “por el empeoramiento clínico del paciente”. Concluyendo su informe destacando que “D... era un enfermo crónico, con siete estudios de RM y TC craneales y múltiples consultas clínicas, en el que era prácticamente imposible confundir el pronóstico o una previsión de tratamiento, que se basó en gran medida en los síntomas del enfermo y no en las imágenes radiológicas, que como hemos mencionado tampoco eran concluyentes” y, además, aportando que el 6 de febrero de 2012 se le realizó “una TC craneal que constata una dilatación ventricular cerebral sin actividad de hidrocefalia. Esta prueba es un mes posterior a la atribuida por error al paciente y casi cuatro meses anterior a la intervención quirúrgica (23/5/2012), lo que prueba que el informe de la RM craneal del 30/12/2011,

que fue inmediatamente suprimido de la historia clínica, no influyó en la indicación quirúrgica ni en un posible retraso de la misma”.

Por su parte, el Hospital..., en relación al incidente con el cabecero de la cama, remite informes de los que resulta que en el Diario de Enfermería se hizo constar el 26 de mayo de 2012 “esposa contrariada y disgustada porque al ir el personal de mantenimiento a arreglar la cama, el cabecero ha bajado de golpe y se ha asustado mucho”, si bien “no refieren cambios relevantes en las horas posteriores y el paciente siempre estuvo apoyado en el colchón y la almohada”. De otro lado el responsable de mantenimiento emite informe en el que, tras describir su actuación, mantiene que “en ningún momento el paciente recibió un impacto en la cabeza”, ni tampoco “se reparó la cama en la habitación y mucho menos con el paciente dentro. Únicamente se procedió a detectar la posible avería para poder llevar a cabo la reparación”, advirtiendo que “no se me puede acusar de que mi trabajo ocasionara daños irreparables sobre la salud del paciente”.

Finalmente, se integran en el expediente administrativo dictámenes médicos emitidos por..., a solicitud de la aseguradora..., y elaborados por don..., don... y don..., todos ellos médicos especialistas en Neurocirugía. En el primero de ellos, de 13 de febrero de 2013, tras examinar la historia clínica y los informes médicos, establecen los hechos concurrentes, realizan consideraciones médicas sobre la hidrocefalia y las alternativas de tratamiento para, después de trasladarlas a las actuaciones médicas y asistencia sanitaria prestada a don..., alcanzar las siguientes conclusiones:

“1.- Todas las actuaciones médicas, diagnósticas y terapéuticas llevadas a cabo en este paciente han sido correctas.

2.- El error en el informe de la RM cerebral, del 30-12-11, no ha influido en absoluto en la evolución del paciente.

3.- El paciente tenía realizadas varias RM y TC de cráneo, así como estudios de infusión y se conocía exactamente la presencia de una dilatación ventricular, con sospecha de hidrocefalia normotensiva.

4.- *En todos los estudios realizados no se apreciaba claramente la existencia de una hidrocefalia normotensiva, por lo que no indicaron una cirugía de implantación de válvula VP. Por otra parte, el tratamiento de una hidrocefalia normotensiva nunca es urgente ni preferente, y no está exenta de graves complicaciones.*

5.- *Tras el empeoramiento clínico del paciente la neurocirujano informó a los familiares de que con una cirugía de implantación de VP, probablemente no obtendría una gran mejoría, ya que tenía antecedentes de pluripatología. Los familiares aceptaron la cirugía y firmaron el documento de consentimiento informado.*

6.- *La cirugía transcurrió sin incidencias ni complicaciones intraoperatorias.*

7.- *El paciente falleció cuatro días después por causa desconocida.*

8. *Por todo lo anterior no consideramos justificada esta reclamación.”*

Esa misma asesoría médica, y suscrito también por los mismos médicos, emite un dictamen ampliatorio el 10 de junio de 2013, en el que se enfrenta a la alegación formulada por la reclamante sobre la supuesta existencia de un traumatismo craneal del paciente, mientras estaba en el post-operatorio, que le habría producido un operario cuando se encontraba reparando una avería en el cabecero de la cama. En este segundo dictamen se concluye que:

1.-*Los informes aportados establecen que el paciente no sufrió ningún traumatismo craneal durante las maniobras de comprobación del funcionamiento del cabecero.*

2.- *En el supuesto caso de que el paciente hubiera sufrido un traumatismo craneal, en las condiciones que se relatan, éste no habría influido en absoluto en el fallecimiento posterior del paciente”.*

D) Trámite de audiencia

Mediante oficio de 9 de junio de 2014, se notifica a don... la apertura por el instructor del trámite de audiencia por un plazo de diez días hábiles para la presentación, en su caso, de nuevas alegaciones y de cuantos documentos y justificaciones estimase pertinentes. Así mismo, se facilitaba al reclamante copia de la historia clínica del paciente, de los informes médicos y de los dictámenes emitidos por la asesoría médica...

No consta en el expediente que la reclamante formulara alegaciones o presentara nueva documentación, si bien mediante escrito de 23 de julio de 2013 interesó del Servicio Navarro de Salud que “se dicte resolución expresa”.

E) Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada. En su fundamentación, tras extraer los datos más significativos de la historia clínica del paciente y analizar el marco normativo de la responsabilidad patrimonial de la Administración, así como la jurisprudencia que la interpreta y aplica, propone la desestimación de la reclamación a la vista de que los “informes de los tres peritos son concluyentes, y en ningún momento han sido refutados por la reclamante, que a través de su representante lo único que ha solicitado es que se dicte Resolución Expresa”, por lo que “la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue plenamente adecuada y de acuerdo a la *lex artis ad hoc*”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un

organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros, cifrándose la presente reclamación en 250.000 euros.

Por su parte, la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, solicitud de informes necesarios, audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

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

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

La tramitación del presente procedimiento se estima, en términos generales, correcta habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a los reclamantes, otorgándoles la posibilidad de conocimiento

íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

No obstante ello, quiere este Consejo detenerse en la injustificada dilación en la instrucción del presente procedimiento. La admisión de la reclamación se produce por resolución expresa de 24 de agosto de 2012 y en la que se informa que “el plazo máximo normativamente establecido para resolver y notificar la resolución es de seis meses”. No se le oculta a este Consejo que la instrucción y tramitación de estos procedimientos puede resultar compleja y laboriosa habida cuenta de la necesidad que tiene el instructor de disponer de la información necesaria, tanto para contrastar la veracidad de los hechos alegados por los reclamantes como para conocer las circunstancias concurrentes en la actuación de los servicios sanitarios a los que concierne la reclamación y resultan afectados por la misma.

En el presente caso no se advierte del expediente administrativo la concurrencia de causas o circunstancias que justifiquen tan dilatada y larga tramitación del procedimiento, hasta el punto de que la propuesta de resolución que se formula tiene lugar transcurridos dos años y medio desde el inicio del procedimiento. Por el contrario, resulta injustificado a juicio de este Consejo que el procedimiento quedara paralizado, pues no existe constancia de actuación administrativa alguna en esos periodos, durante más de un año desde la aportación del último dictamen médico (junio de 2013) hasta la apertura del trámite de audiencia (notificado en junio de 2014), ni tampoco se justifica que desde la apertura de ese trámite haya tenido que transcurrir casi otro año y medio hasta la formulación de la propuesta de resolución (noviembre de 2015), máxime cuando no se formularon alegaciones por los reclamantes que hubieran podido modificar las circunstancias de hecho o los fundamentos jurídicos ponderados hasta entonces en la instrucción del procedimiento.

Por ello, se ve obligado este Consejo a recordar la obligación de la Administración de adoptar las medidas oportunas para remover los obstáculos que retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados, disponiendo lo necesario para eliminar toda anomalía en la

tramitación de los procedimientos al objeto de que los ciudadanos vean satisfecho su derecho a obtener una resolución expresa en plazo (artículos 41 y 42 de la LRJ-PAC, entre otros).

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

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

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

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

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

II.3ª. En particular, la antijuridicidad del daño y cumplimiento de la lex artis

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

Como este Consejo viene señalando en dictámenes anteriores, 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).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la "lex artis" y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida ("lex artis"). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha "lex artis"; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "lex artis" (STS de 13 de julio de 2007). 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 a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto».

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la “lex artis” ad hoc; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose

tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991). Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En nuestro caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial parte de la mención, en algunos de los informes médicos emitidos, a la existencia en la historia clínica de los resultados de una Resonancia Magnética realizada el 30 de diciembre de 2011 que, si bien no reflejaba alteraciones en la morfología ni en la intensidad de señal del parénquima encefálica, no correspondía a don... al ser prueba realizada a otro paciente. Mantiene al respecto la reclamación que como consecuencia de esa confusión se decidió tardíamente la realización de la intervención quirúrgica para la colocación de la válvula y, por ello, cuando efectivamente se llevó a cabo esa intervención ya era tarde, encontrándose en ese retraso en la adopción de la decisión de intervenir la causa del fallecimiento del paciente. Junto a ello, también alega la reclamación bien que en momento distinto, que el paciente sufrió una contusión en la cabeza con ocasión de procederse a la reparación del cabecero de la cama donde yacía en el post-operatorio, creyendo encontrar en esa circunstancia también una causa que favoreció el fallecimiento de su marido.

No obstante esas alegaciones, el expediente no incorpora prueba alguna que haya sido propuesta o aportada por la reclamante que sirva para acreditar no solo la veracidad de sus afirmaciones sino, fundamentalmente, la existencia de la necesaria relación de causalidad entre el fallecimiento y las circunstancias invocadas, en especial no se ha probado que haya existido una tardía decisión de los servicios médicos en relación a la intervención quirúrgica realizada los días anteriores al fallecimiento del paciente, ni tampoco, y ni siquiera se ha alegado, se encuentra en unas eventuales deficiencias en la práctica de esa intervención la causa, mediata o inmediata, del fallecimiento.

Frente a esa inactividad de la reclamante en orden a la prueba de sus afirmaciones, se cuenta en el expediente con un amplio elenco documental que aporta suficiente información para desmentir las alegaciones contenidas en la reclamación, del mismo modo que se integran en el expediente diversos informes médicos, emitidos desde las distintas perspectivas de las especialidades médicas de sus emisores, que son coincidentes, en los términos que se han dejado ya expuestos, al concluir en la inexistencia de errores o deficiencias en la asistencia sanitaria prestada a don..., participando de esa misma opinión los dictámenes emitidos por la asesoría médica Dictamed.

Así, el Servicio de Neurocirugía mantiene que la decisión quirúrgica no se toma por la supuesta hidrocefalia “si no por la clínica y los resultados del tap-test, que en este caso fueron muy dudosos”, sin que la aparición de otra resonancia en la historia intervenga a la hora de tomar una decisión quirúrgica que solamente se toma en función de la clínica del paciente y el tap-test. Por su parte el Servicio de Radiología aporta que al paciente se le habían realizado entre 2008 y 2012 cinco exploraciones de tomografía computarizada (TC) y dos resonancias magnéticas (RM), constatándose en todas ellas que el paciente tiene una dilatación ventricular de dudoso significado clínico, por lo que era “prácticamente imposible confundir el pronóstico o una previsión de tratamiento, que se basó en gran medida en los síntomas del enfermo y no en las imágenes radiológicas, que como hemos mencionado tampoco eran concluyentes”.

Al respecto, y sobre la supuesta existencia de un retraso en la intervención quirúrgica que podía venir motivado por la existencia de un error o confusión en los resultados de una Resonancia Magnética, al incorporarse a la historia clínica los resultados de una prueba perteneciente a otro paciente, los dictámenes periciales señalan, tras ilustrar sobre la naturaleza e importancia del líquido cefalorraquídeo (LCR), del proceso circulatorio por los cuatro ventrículos del cerebro, de las causas más importantes de hidrocefalias y de sus tratamientos, que “en el caso que nos ocupa, se trata de un paciente con antecedentes de pluripatología que ha acudido en reiteradas veces y con ingresos frecuentes, sobre todo desde 2010, a los

Servicios de Urgencia, Reumatología, Cardiología, Digestivo, Dermatología, Alergia, Rehabilitación, Oftalmología, Medicina Interna, Neurología y Neurocirugía por diversos cuadros sintomáticos: vértigo, dolor torácico, dolor en articulaciones, febrícula, síncope, caídas, amiotrofia (probablemente secundaria al tratamiento con corticoides) y síndrome constitucional, etc.”

En relación a las pruebas practicadas y los resultados de las distintas exploraciones y revisiones, los dictámenes periciales recapitulan que “en estudios de TAC y RM se observó un aumento del tamaño de los ventrículos pero sin claro signos de hidrocefalia normotensiva ni hidrocefalia activa. Se le han realizado punciones lumbares y TAP-TEST que no fueron concluyentes para hidrocefalia por lo que no se indicó tratamiento quirúrgico de derivación VP. Debido al deterioro paulatino del paciente la Dra. Vázquez le propone a la familia de implantación de válvula VP, pero le informa que probablemente su deterioro se deba también a otras patologías asociadas, y es posible que no mejore tras la implantación de la válvula VP. Con fecha 23-05-12 fue intervenido de implantación de válvula VP programable, sin incidencias ni complicaciones”.

El estudio y evaluación de la historia clínica y de las actuaciones sanitarias llevadas a cabo conducen a los peritos a mantener que “todas las actuaciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, han sido totalmente correctas sin evidencias de mala praxis o actuación médica contraria a la lex artis. El motivo fundamental de la reclamación es el error en el informe de la RM cerebral realizada 30-12-11. A este respecto hemos de manifestar que en modo alguno este hecho ha influido en su evolución clínica. Los especialistas en neurocirugía que trataron al paciente ya conocían que el paciente presentaba una dilatación ventricular y posible hidrocefalia normotensiva. El asunto era dilucidar si esta hidrocefalia era activa y se podría beneficiar de un tratamiento quirúrgico. La hidrocefalia normotensiva se presenta habitualmente en pacientes de edad y suelen dar síntomas progresivos que afectan a la esfera cognitiva, de la marcha y alteración de esfínteres, estando en algunos casos indicada la intervención quirúrgica de implantación de una válvula VP para mejorar sus síntomas. El problema es que a veces es difícil establecer claramente el diagnóstico de

hidrocefalia normotensiva y para ello se realizan estudios adicionales de punciones lumbares y test de infusión. A este paciente se le realizaron todos estos estudios y se decidió no proceder a la cirugía. En cualquier caso, los pacientes con hidrocefalia normotensiva suelen convivir con los síntomas meses y años, por lo que la cirugía nunca es urgente ni preferente, y se suele realizar de forma programada de acuerdo a su evolución, datos neurorradiológicos y de test de Infusión”.

Ya en concreto sobre la intervención quirúrgica practicada, señalan los peritos que “la implantación de una válvula VP no está exenta de riesgos y se pueden producir graves complicaciones, como hemorragia cerebral. Por ello, hay que ser muy prudente a la hora de indicar una cirugía. En este caso, dado el empeoramiento clínico del paciente, la neurocirujano informó a la familia, de que probablemente todos los síntomas no se debían a la hidrocefalia, sino a su pluripatología, por lo que advirtió a la familia de que probablemente no iba a tener una gran mejoría tras la cirugía. A pesar de ello, aceptaron la implantación de la válvula VP y firmaron el correspondiente consentimiento informado. La cirugía transcurrió sin incidentes ni complicaciones intraoperatorias”.

Por otra parte, y ahora en relación a la supuesta existencia de un traumatismo craneal que hubiera sufrido el paciente durante el post-operatorio y que ha sido alegado por la reclamante, todos los informes obrantes en el expediente y que se han emitido por quienes tuvieron una intervención directa como consecuencia de la avería del cabecero de la cama, desmienten la existencia de ese traumatismo, e incluso reflejan que las primeras quejas formuladas por la esposa del paciente nunca se refirieron a ese traumatismo sino a la circunstancia de haber asustado al paciente. En todo caso, los dictámenes periciales mantienen también a ese respecto que en el supuesto caso de que hubiera sufrido un traumatismo craneal “éste no habría influido en absoluto en el fallecimiento posterior del paciente”.

En consecuencia, en el presente caso no encuentra este Consejo prueba alguna que demuestre la existencia de relación de causalidad entre

el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el fallecimiento de don..., no concurriendo tampoco prueba ni siquiera indiciaria que permita mantener, como improcedentemente realiza la reclamación, que la aparición en la historia clínica de resultados pertenecientes a pruebas realizadas a otra persona tuviera incidencia alguna en el proceso de asistencia del paciente, más allá de la necesidad de corregir ese error extrayendo de la historia el informe improcedentemente integrado en la misma y, finalmente, tampoco se ha probado la existencia del traumatismo craneal supuestamente padecido en el proceso post-operatorio, ni mucho menos la incidencia que hubiera podido tener, supuesto que se hubiera producido, en el fallecimiento del paciente.

En consecuencia, no se puede apreciar en este caso la existencia de un daño antijurídico que los interesados no tengan el deber jurídico de soportar, al que alude la reclamación y del que se pueda derivar ninguna clase de responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que los profesionales de los citados servicios actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don..., en nombre y representación de doña..., así como de doña..., don... y doña..., a consecuencia del fallecimiento de don..., debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.