

Expediente: 5/2016

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

Dictamen: 16/2016, de 6 de abril

DICTAMEN

En Pamplona, a 6 de abril de 2016,

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

siendo ponente don Alfonso Zuazu Moneo,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 16 de febrero de 2016 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 el expediente de responsabilidad patrimonial presentado por don..., en nombre y representación de don..., 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 13/2016, de 10 de

febrero, 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

Mediante escrito de 29 de octubre de 2014, don..., actuando en nombre y representación de don..., interpone reclamación de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y contra su "...” por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios, que ha provocado los daños y secuelas que padece el reclamante tras “la infección nosocomial por MRSA de la fractura distal de radio intervenida quirúrgicamente y fractura mal soldada de 4º metatarsiano izquierdo”.

Se mantiene en la reclamación que don... sufrió el 27 de octubre de 2013 un accidente de moto, ingresando en el Servicio de Urgencias del..., en el que se le diagnosticó “fractura de radio distal izquierdo, fractura de base de 5º y diafisaria larga de 4º metatarsianos izquierdos, y traumatismo de tejidos blandos”, siendo derivado al Servicio de Traumatología. El 29 de octubre de 2013 se le practica una intervención en la muñeca izquierda consistiendo en “reducción abierta y fijación interna con osteosíntesis (placa) para corregir la fractura distal del radio”, y practicándose una corrección de las fracturas de los metatarsianos mediante “fijación percutánea con osteosíntesis metatarsiana-falanges”, siendo dado de alta el 1 de noviembre de 2013.

El 5 de noviembre de 2013 acude al Servicio de Urgencias por padecer “un intenso dolor en la muñeca izquierda”, donde tras la realización de pruebas se estimó que “la herida quirúrgica estaba bien” y que “siguiera con el tratamiento analgésico”. El 7 de noviembre acude de nuevo a Urgencias por padecer “dolor insoportable y, además, tenía sensación febril y supuración de la herida quirúrgica de la muñeca”, decidiéndose su ingreso en el Servicio de Medicina Interna ante evidencias de “infección de la herida quirúrgica (2º INGRESO)”, diagnosticándose “Infección aguda de osteosíntesis de muñeca (fractura radio izquierdo), por SARM”.

Deduca de ello la reclamación que “se trataba de una infección nosocomial o intrahospitalaria por SARM -bacteria nosocomial que sobrevive en los Hospitales que descuidan sus medidas de asepsia y suele ser resistente a algunos antibióticos”-, añadiendo que “consta en la Historia Clínica del paciente, que José Juan no tenía factores de riesgo para esta bacteria y que la adquisición de la infección era con toda probabilidad hospitalaria”.

El día 13 de noviembre de 2013 se practica nueva intervención quirúrgica consistente en “retirar el material de osteosíntesis (placa Trimed), realizar una limpieza y colocar un fijador externo”, recibiendo el alta el día 18 de noviembre.

El 20 de noviembre vuelve a ser ingresado en el Servicio de Medicina Interna “(3^{er} INGRESO)”, porque “el aspecto de la herida quirúrgica había vuelto a empeorar y a aumentar el dolor y la fiebre”, “persistiendo la bacteria SARM, con resistencia también a Linezolid, el antibiótico prescrito al paciente”, procediéndose a cambiar el antibiótico por “Fosmomicina I.V, en perfusión continua durante 9 días”, recibiendo el alta el 5 de diciembre de 2013, “con el diagnóstico de reinfección de la herida quirúrgica por SARM”.

El 11 de diciembre de 2013, por presentar “fiebre, malestar general y deposiciones diarreicas con sangre”, queda ingresado en el Servicio de Medicina Interna “(4^o INGRESO)”, detectándose “la toxina Clostridium difficile, bacteria patógena que puede colonizar el intestino de pacientes hospitalarios tratados con antibióticos y causar una diarrea infecciosa grave”, que llevó a la suspensión del tratamiento antibiótico para la bacteria SARM y comenzar tratamiento con otro antibiótico para la “bacteria Clostridium difficile”, retirándose también “el fijador externo de la muñeca que hasta ahora portaba”, siendo dado de alta hospitalaria el 20 de diciembre de 2013.

El 26 de enero de 2014 es ingresado de nuevo en el Servicio de Medicina Interna, “porque el aspecto de la muñeca había empeorado, con signos externos de infección (5^o INGRESO)”, apreciándose signos de “Osteomielitis”, que para el reclamante supone que “la infección ya había afectado al hueso, y no sólo a la herida quirúrgica”, practicándose el día 28

de enero una “limpieza quirúrgica con corte de hueso infectado, colocación de espaciador de cemento con antibiótico y fijador externo”, señalando la reclamación que “una RM practicada durante este ingreso confirmó la osteomielitis y que la fractura aún no se había soldado”, recibiendo el alta el 14 de febrero con el diagnóstico de “osteomielitis por SARM sobre fractura de radio previa”.

El 1 de abril de 2014 ingresa en ... “para ser intervenido de la muñeca izquierda (6º INGRESO)”, practicándose “retirada del fijador externo, extracción de cemento, colocación de injerto de cresta iliaca derecha y artrodesis de radio-carpiana con placa AO”, siendo dado de alta el 4 de abril de 2014 “con tratamiento antibiótico y la indicación de acudir a Rehabilitación”, que inició el 30 de abril de 2014 “y ésta se prolongó durante cuatro meses, hasta el 8.08.2014”.

A todo lo anterior añade la reclamación que “además de todo el problema con la muñeca, la fractura del 4º metatarsiano del pie izquierdo, a causa de la deficiente técnica quirúrgica utilizada, soldó mal y ha quedado completamente desplazada, tal y como se aprecia en las radiografías, y le produce dolor intenso al andar”, no mejorando con la rehabilitación y quedando a la espera de ser valorado por un “Especialista de pie”.

En cuanto a la mano izquierda, tras la rehabilitación, “presenta rigidez en varios de los dedos de la mano izquierda, es incapaz de cerrar el puño y apenas tiene fuerza ni sensibilidad en la mano. La muñeca sólo puede inclinarla hacia abajo 35º, y es incapaz de moverla hacia arriba”, estando en la fecha de la reclamación en la “Lista de Espera Quirúrgica” para “Resección de la cabeza cubital y liberación de check-reins de 2º dedo”.

Resume la reclamación todo este proceso tras la fractura, cirugía de muñeca y posterior infección nosocomial por MRSA, refiriéndose a la existencia de seis ingresos hospitalarios y cuatro intervenciones quirúrgicas a lo largo de un año, en el que ha estado inhabilitado para su profesión de conductor de camión, a lo que debe unirse el problema de fractura mal soldada del pie izquierdo “a causa de la deficiente técnica quirúrgica utilizada”, que le produce intenso dolor y molestias al andar, lo que “ha

afectado de manera muy importante a su vida laboral, a su solvencia económica y a su calidad de vida diaria, con gran afectación del estado anímico”, para concluir en que “actualmente su muñeca y su mano izquierdas están muy afectadas, no son funcionales y está a la espera de una nueva intervención quirúrgica que mejore como le han dejado”.

La reclamación, tras invocar para justificar el derecho a la salud el artículo 43 de la Constitución; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud. Invoca también como fundamento legal de la responsabilidad patrimonial de la Administración el artículo 106 de la Constitución y los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, mantiene la existencia individualizada de los daños y secuelas que padece don..., que imputa al funcionamiento anormal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, sin interferencias o inmisiones que rompan el nexo causal y sin tener el reclamante el deber jurídico de soportar los daños o secuelas, exigiendo la “compensación integral del daño producido” y evaluando “los daños y perjuicios causados al reclamante provisionalmente en QUINIENTOS MIL EUROS (500.000 €)”, sin ofrecer en su escrito mayor justificación sobre la procedencia de la cantidad reclamada.

B) Instrucción del procedimiento

En el expediente consta la resolución de 10 de noviembre de 2014 por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, se nombra instructora 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 su historia clínica que puedan estar relacionados con el objeto de la reclamación”.

A solicitud de la instructora del procedimiento, constan en el expediente copias de la historia clínica de don..., remitidas tanto por el EAP de... como por el... De la documentación clínica aportada cabe destacar, a los efectos de este dictamen, como más relevantes y significativos los siguientes datos:

1º.- Don..., sufrió un accidente de moto el 27 de octubre de 2013, ingresando en el Servicio de Urgencias del... en el que se le diagnostica “fractura de radio distal izquierdo, fractura de base de 5º y diafisaria larga de 4º metatarsianos, traumatismo de tejidos blandos”, realizándose “reducción cerrada e inmovilización con férula de yeso antebraquial. Se inmoviliza mediante férula suropédica Ell. Se comenta que la fractura de radio es susceptible de tratamiento quirúrgico. Se decide ingreso pendiente de IQ”, decidiendo el Servicio de Traumatología su ingreso en planta.

2.- Es intervenido por el Servicio de Traumatología el 29 de octubre de 2013, con un diagnóstico preoperatorio de “fractura de radio izquierdo y fractura de 4º y 5º metatarsiano de pie izquierdo”, habiéndose propuesto “osteosíntesis metatarsiana-falanges y osteosíntesis de muñeca con placa”, consistiendo la intervención en “apertura de la piel, disección por planos e identificación del mediano que se identifica y respeta. Se realiza apertura del pronador cuadrado y se objetiva fractura conminuta de extremidad distal AO C3. Se reduce la estiloides que está suelta, fragmento lateral donde apoya la estiloides y reducción de la conminución dorsal metafisaria. Se mantiene mediante agujas de Kirschner y se comprueba escopia. Se coloca placa de muñeca TRIMED, vigilando bajo escopia. Ningún tornillo articular. Se coloca tornillo lateral que sujeta la estiloides radial. Se colocan tornillos de bloqueo más proximales a los distales que sujetan la conminución dorsal. Comprobación bajo escopia correcta. En el pie se realiza osteosíntesis colocando dos agujas de Kirschner reduciendo y manteniendo las fracturas. Escopia correcta. Sutura por planos. Colocación de férulas”. Es dado de alta el 1 de noviembre de 2013.

3.- El 5 de noviembre de 2013 ingresa en el Servicio de Urgencia por referir dolor insoportable localizado en la zona de estiloides cubital, que cede parcialmente con analgésicos, realizándose una exploración de la que

resulta que “la herida presenta buen aspecto. No enrojecida, no supura. 1 punto no ha cerrado completamente y presenta base de fibrina. No moviliza la muñeca por dolor. Buena movilidad de dedos, buen relleno capilar distal. Pequeño hematoma en zona de apófisis estiloides cubital...”, con diagnóstico de “dolor por férula de yeso”.

4.- El 7 de noviembre acude de nuevo al Servicio de Urgencias, que le deriva al Servicio de Medicina Interna por “intenso dolor palmar e inflamación de dedos”, estado “afebril en el momento de la anamnesis”, resultando de la exploración “herida con eritema, inflamación y exudado purulento en zona distal de la herida quirúrgica”, con presunción diagnóstica de “Infección de Herida quirúrgica”, administrándose “Ketorolaco y Augmentine 2 gramos intravenosos”, tras recoger muestra quirúrgica de la herida “se aísla Staphilococcus”, suspendiéndose el tratamiento de Linezolid al tomar el paciente Seropran.

5.- Al no ser favorable la evolución, el 13 de noviembre de 2013 se le interviene quirúrgicamente, extrayéndose “3 tornillos con claros signos de infección”, colocándose un “fijador externo”, prescribiéndose Linezolid por vía oral e informándose de “foco infeccioso presuntamente eliminado”, siendo dado de alta el 18 de noviembre con juicio clínico de “infección aguda de Osteosíntesis de muñeca (fractura radio izquierdo) por SARM”.

6.- El 20 de noviembre reingresa en Medicina Interna por “empeoramiento externo de la herida quirúrgica”, previa retirada en el Servicio de Urgencias de “2 puntos y se drena abundante líquido purulento, que alivia mucho el dolor”, reiniciándose “tratamiento antibiótico con Linezolid IV con mejoría parcial”, si bien “persistiendo SARM con resistencia a linezolid”, por lo que se “asocia Fosfomicina poniéndose en perfusión continua IV (9 días) con buena evolución local y buena tolerancia”. Se cursó el alta el día 5 de diciembre de 2013.

7.- El 11 de diciembre acude al Servicio de Urgencia por presentar “fiebre de 38° en domicilio, escalofríos, mialgias, malestar general y náuseas. Hoy una dps diarreica, sin productos patológicos”, valorándose por Medicina Interna y detectándose “Clostridium difficile toxigénico”, resultando

del informe de alta de 20 de diciembre de 2013 que “se suspende el tratamiento antibiótico y ante el resultado de + toxina de Clostridium en heces se inicia Metronidazol vía oral estando asintomático al 2º día. Persisten molestias en la zona de fractura. Se retira todo el material de osteosíntesis y comienza a caminar. Permanece afebril sin datos de infección. Presenta cuadro de urticaria aislada sin otra repercusión”, con juicio clínico de “Diarrea por Clostridium Difficile y urticaria aguda de etiología no filiada”.

8.- El 26 de enero de 2014, a través del Servicio de Urgencias, ingresa de nuevo en el Servicio de Medicina Interna por “empeoramiento con signos externos de infección y radiológicos de Osteomielitis de radio con imagen de colección”, siendo intervenido quirúrgicamente el día 28 de enero para limpieza quirúrgica y colocación de fijador externo, además de colocarle un espaciador de cemento con antibiótico, siendo dado de alta el 14 de febrero con diagnóstico de “Osteomielitis por SARM sobre fractura de radio previa”.

9.- El 1 de abril de 2014 es intervenido en el Servicio de Traumatología para “retirada de fijador externo, extracción de cemento, colocación de injerto tricortial de cresta ilíaca dcha. y artrodesis de muñeca con placa AO”, cursándose el alta el día 4 de abril de 2014, prescribiéndose medidas de rehabilitación.

10.- El 30 de abril de 2014 inicia tratamiento de rehabilitación, siendo dado de alta el 8 de agosto, resultando de los informes médicos que tras la rehabilitación presenta “una rigidez MF pulgar. Rigidez en flexión IFP 2º dedo a unos 30º, resto extensión completa pero con déficit de flexión activa de los dedos 2 a 5 por distrofia de toda la mano. Muñeca: pronación de 35º, supinación bloqueada a 0º y dolor en la radiocubital distal con roce de la cabeza cubital. A día de hoy se incluye en Lista de Espera quirúrgica para realizar resección de cabeza cubital (intervención de Darrach), liberación de check-reins de 2º dedo. Se llamará para intervención quirúrgica”.

11.- Con posterioridad a la fecha de la reclamación, es objeto de nueva intervención quirúrgica en... el 28 de noviembre de 2014, con objeto de “resección de cabeza cubital (intervención de Darrach) + plastia de

estabilización con hemi-ECU”, siendo dado de alta el siguiente día 29 de noviembre. Acude de nuevo a Urgencias el día 30 de noviembre refiriendo dolor intenso en el brazo afectado sin buena respuesta al tratamiento analgésico y el día 12 de diciembre acude a revisión a Traumatología que señala “herida OK. Retiro puntos y coloco nueva férula dorsal x 2 semanas (total 4 semanas). Rx control OK”, siendo retirada la citada férula el día 26 de diciembre de 2014.

C) Informes

A requerimiento de la instructora del procedimiento, han emitido informes que obran en el expediente remitido a este Consejo los Servicios de Urgencias Generales; de Medicina Interna B; de Rehabilitación; de Medicina Preventiva, Higiene Hospitalaria y Gestión Clínica; y de Cirugía Ortopédica y Traumatología, todos ellos del...

El Servicio de Urgencias informa el 7 de febrero de 2015 que “la actuación nuestra es correcta”, correspondiendo informar sobre las circunstancias de la atención prestada a los Servicios de Traumatología y Medicina Interna.

En informe de 12 de febrero de 2015, el Jefe del Servicio de Medicina Interna señala que “el procedimiento quirúrgico se realizó por el Servicio de Traumatología, con la profilaxis antibiótica de Cefazolina y los cuidados de la herida quirúrgica establecidos”, informando que “el estafilococo aureus es una bacteria habitual en la piel de la personas y por dicha razón las profilaxis antibióticas quirúrgicas ortopédicas se centran en tratamiento antibiótico efectivo frente a dicha bacteria. En este caso, el paciente a pesar de no tener factores de riesgo por gérmenes resistentes, desarrolla una infección por uno de ellos como es el SAMR”, añadiendo que “las personas que precisan tomar antibióticos, en su domicilio, o en un medio hospitalario, pueden desarrollar un desequilibrio de las bacterias que normalmente tienen en sus vías digestivas, y pueden desarrollar una infección por clostridium difficile, y como consecuencia las personas pueden presentar alteraciones clínicas ligeras o una inflamación de la vía intestinal de mayor grado: una colitis pseudomembranosa”, para concluir que “una vez que el paciente

desarrolló la infección por *Estafilococo* áureus meticilina resistente, la facultativa del Servicio de Medicina Interna colaboró en el tratamiento de la infección que presentaba el paciente y fue tratado según la evidencia científica internacional”.

La Jefa del Servicio de Rehabilitación emite informe el 17 de febrero de 2015, en el que se recogen las intervenciones del Servicio en la atención sanitaria del reclamante, finalizando con la de 23 de enero de 2015, en la que se dice haberse realizado la última revisión, y en la que “se aprecia mejoría. En la movilidad articular con una pronación normal y supinación de: 50%. Cicatrices dolorosas. Se le aconseja que siga ejercitando los movimientos de su muñeca. No llega a realizar todo el tratamiento completo porque se incorpora a su trabajo. Causa alta de este Servicio”.

Por su parte, la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva, Higiene Hospitalaria y Gestión Clínica informa el 24 de febrero de 2015 que “el paciente presenta infección de herida quirúrgica relacionada con la atención sanitaria tras la intervención, prescribiéndose tratamiento antibiótico específico para la infección. El curso de la infección es tórpido a pesar del tratamiento antibiótico, siendo reintervenido dos veces para limpieza quirúrgica de la herida. Durante el curso de la infección el paciente recibe tratamiento antibiótico (varios antibióticos) según antibiograma o prueba de sensibilidad de la bacteria a los antibióticos en el laboratorio. El día 29/10/2013 en el quirófano 4 de la general ..., donde es intervenido el paciente, no es operado ningún paciente con antecedentes de infección/colonización por SARM. No se ha producido ningún brote de infección de herida quirúrgica en el hospital en fechas próximas al 29/10/2013”.

Por último, consta informe de 15 de junio de 2015, del Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, que recoge el proceso seguido por las lesiones padecidas por el reclamante desde el accidente y la atención sanitaria prestada en cada momento, para resumir luego que “el proceso principal de este paciente ha sido una infección postquirúrgica tras una intervención de osteosíntesis de fractura de muñeca. Esta es una

complicación que viene recogida en el consentimiento informado firmado por el paciente, y que tiene una incidencia escasa, pero presente en cualquier servicio quirúrgico. Se habían tomado las medidas profilácticas habituales, con tratamiento antibiótico según el protocolo hospitalario para cirugías consideradas limpias”, resaltando que “uno de los factores que ha determinado la mala evolución del cuadro ha sido la presencia del Staphilococcus Aureus Meticilin Resistente, un germen de difícil tratamiento por su resistencia a los antibióticos. Este germen esta presente en las infecciones hospitalarias en cualquier centro hospitalario, no como alega el abogado del demandante afirmando que es ”una bacteria nosocomial que sobrevive en los hospitales que descuidan sus medidas de asepsia”. Además el paciente ha sufrido otra de las complicaciones que son relativamente frecuentes tras tratamiento con algunos antibióticos de uso poco habitual, como es la sobreinfección intestinal por Clostridium Difficile”, considerando que “en todo momento se han seguido los protocolos habituales de tratamiento y prevención” para concluir que “a pesar de que las complicaciones que ha sufrido el paciente le han ocasionado un grave menoscabo en su salud y le han ocasionado unas importantes secuelas con pérdida severa de función en su muñeca izquierda, no creo que se hayan derivado de una mala actuación médica o de una falta de previsión”.

En ese mismo informe, y en relación ahora con la lesión de pie, se establece que el reclamante “está afecto de una artropatía post traumática de Articulación de Lisfranc y consolidación viciosa de la fractura diafisaria del 4º metatarsiano pie izq., habiendo sufrido unas complicaciones debidas a la evolución de dichas fracturas; no siendo atribuibles estas secuelas al tratamiento realizado”.

Finalmente, se integran en el expediente administrativo dictámenes médicos emitidos por..., a solicitud de la aseguradora..., y elaborados por don..., especialista en traumatología y cirugía ortopédica, don... y don..., especialistas en traumatología y ortopedia. El primero de ellos se emite en fecha de 14 de abril de 2015 y más tarde, con posterioridad a la emisión del informe del Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, se emite un segundo informe el 16 de noviembre de 2015, que reitera los contenidos

del primer informe pero que integra menciones al informe del mencionado Servicio.

Acudiendo al contenido del segundo informe, se advierte que en el mismo se relaciona la documentación analizada por los peritos, se examina la historia clínica y los informes médicos para establecer un resumen de los hechos siguiendo las actuaciones documentadas en la información analizada, se realizan consideraciones médicas sobre la “Osteomielitis Postraumática. Infección SARM” así como sobre la “fractura de los metatarsianos centrales (II-IV)”, para pasar a analizar la asistencia sanitaria prestada al reclamante por los distintos servicios que concurrieron en su atención, y alcanzar, entre otras, las siguientes conclusiones principales:

1. Que las técnicas quirúrgicas utilizadas en las intervenciones de reducción abierta y estabilización con placa en la muñeca y reducción percutánea con agujas de Kirchner en el pie izquierdo, son correctas.
2. Que en las intervenciones quirúrgicas se realizó profilaxis antibiótica siguiendo el protocolo habitual que se realizan actualmente en los hospitales.
3. Que el agente implicado en la complicación infecciosa en la cirugía de la muñeca fue el Estafilococo Aureus resistente a Meticilina (SARM), que es un microorganismo presente en la flora de la piel de cualquier persona, y que al comenzar la sintomatología infecciosa a la semana de la intervención quirúrgica “no puede descartarse que la colonización del germen de la herida quirúrgica se desarrollara en el ingreso de don... en el...”.
4. Que “existían factores de riesgo dependientes del Huésped y favorecedores de infección según los datos recogidos de estos informes de Anestesia y en las anamnesis realizadas al paciente en el resto de valoraciones médicas de los distintos profesionales”.

5. Que la complicación infecciosa fue tratada de forma conjunta por Medicina Interna y Traumatología, realizando tratamiento antibiótico específico adaptado al antibiograma de los cultivos y con cirugía consistente en limpiezas, retirada de material y desbridamientos quirúrgicos hasta el control del foco infeccioso en la muñeca, considerando que “los tratamientos realizados son correctos”.
6. “La infección desarrollada en la muñeca tras la intervención de osteosíntesis cursó de forma tórpida requiriendo varios ingresos hospitalarios que precisaron retirada del material de osteosíntesis con colocación de fijadores externos, desbridamientos con limpieza y colocación de espaciador de cemento con Gentamicina y Vancomicina. Las secuela de la infección precisó artrodesis e Intervención de Darrach. Los tratamientos realizados para el control de la infección y la mejoría funcional de la articulación de la muñeca son correctos en tiempo y forma”.
7. Que se realizaron controles analíticos obligados y se utilizaron todos los medios necesarios para asegurar la llegada del antibiótico al foco de osteomielitis realizando incluso canalización de vía central por fracaso de las vías periféricas utilizadas.
8. La interrupción del tratamiento antibiótico específico para el SARM, por la aparición de una Colitis pseudomembranosa por Clostridium, justifica retraso en la curación de la osteomielitis.
9. Que la intervención de artrodesis de muñeca está indicada tras el proceso padecido, tras la que se realizó tratamiento rehabilitador para conseguir mejor función de la muñeca y de la mano.
10. Que con la Operación de Darrach se mejoró la movilidad de la muñeca y la función de la mano izquierda, incorporándose a su trabajo en el mes de Enero de 2015.
11. Que las molestias metatarsales en el pie izquierdo son secundarias a un acortamiento residual del 4º metatarsiano fracturado en el

traumatismo, en el que se había realizado una reducción con agujas, sin que esa complicación se asocie a una mala praxis ó a un incorrecto tratamiento sino a una complicación del tratamiento ofertado, considerando que “los seguimientos y tratamientos de su traumatismo del pie son correctos”.

12. Consideran igualmente correcta “la conducta y el proceder” al suspender la antibioterapia para asegurar el aislamiento de todos los gérmenes implicados.
13. En definitiva, concluyen que “las actuaciones de los profesionales que siguieron el proceso traumático e infeccioso de la muñeca y el proceso traumático del pie de D... siguieron *Lex Artis ad Hoc*”.

D) Trámite de audiencia

Mediante oficio de 4 de enero de 2016, se notifica a don... la apertura por la instructora 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 emitidos y de los dictámenes médicos emitidos por la asesoría médica...

Con fecha 26 de enero de 2016, don..., formula alegaciones en las que mantiene que en ese momento el reclamante está imposibilitado para desarrollar su actividad laboral previa como transportista, no pudiendo realizar más que trabajos con contrato de carácter especial de minusválido, aportando documentación acreditativa de esa situación, constituida tanto por informes médicos de Neurofisiología, Rehabilitación, Traumatología, del Centro de Salud Mental de..., como en Certificado del grado de discapacidad del 33% o contratos laborales de carácter especial y su finalización. Junto a ello, alega el reclamante la ausencia de imparcialidad del dictamen de..., emitido a instancia de la compañía aseguradora y orientado a evitar que “pague cuando debe de pagar”. Concluye sus alegaciones reiterando la procedencia de que “ante lo grosero de lo sucedido

se acuerde acceder a la indemnización solicitada por el reclamante, sin más dilaciones”.

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, analizar el marco normativo de la responsabilidad patrimonial de la Administración, así como la jurisprudencia que la interpreta y aplica, y transcribir parcialmente las principales conclusiones de los informes médicos emitidos, propone la desestimación de la reclamación a la vista de que de los “informes y valoraciones obrantes en el expediente, puede concluirse que la asistencia sanitaria que le fue prestada a don... fue conforme a la *lex artis*, no concurriendo, en definitiva, los requisitos para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación 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 500.000 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 al reclamante, otorgándole 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.

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.3^a. 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 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 el presente caso la reclamación de responsabilidad parte de la premisa, no acreditada, de resultar imputable a la Administración un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios que pretende situar en la existencia de una infección nosocomial o intrahospitalaria por SARM, que existiría por haber descuidado las medidas de asepsia, ya que “José Juan no tenía factores de riesgo para esta bacteria y que la adquisición de la infección era con toda probabilidad hospitalaria”. Junto a ello se mantiene también por el reclamante la existencia de una “deficiente técnica quirúrgica” en el tratamiento de la fractura del 4º metatarsiano del pie izquierdo, habiendo soldado mal y quedando como secuela fuertes dolores al andar.

No obstante esas alegaciones, el expediente no incorpora prueba alguna que haya sido propuesta o aportada por el reclamante que sirva para acreditar no solo la veracidad de sus afirmaciones sino, fundamentalmente, la existencia de la necesaria relación de causalidad entre las lesiones padecidas y un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios. La prueba aportada con la reclamación se ha limitado a la reproducción de informes médicos ya existentes en la historia clínica, que sirven ciertamente para acreditar la existencia y circunstancias de la asistencia sanitaria prestada, la concurrencia de una infección producida por el Estafilococo Aureus resistente a Meticilina (SARM), el que no pueda descartarse que esa infección fuera contraída en el hospital y, en todo caso, las secuelas que padece el reclamante tras la culminación del proceso asistencial de las lesiones derivadas del accidente padecido. Sin embargo, nada ha acreditado, y tampoco advertimos que lo haya intentado, acerca de si la mencionada infección está originada por causas endógenas o exógenas al paciente o a la asistencia sanitaria prestada, ni en qué concreta actuación encuentra la anormalidad del funcionamiento sanitario, ni dónde sitúa la reclamación la “mala praxis” de los profesionales o servicios sanitarios, o la incorrección de las técnicas quirúrgicas empleadas ni, en definitiva, tampoco aporta prueba alguna que demuestre unas hipotéticas deficiencias en las labores profilácticas previas o posteriores a las intervenciones quirúrgicas practicadas.

Como hemos señalado reiteradamente, las reclamaciones de responsabilidad a la Administración sanitaria deben contar con un elenco probatorio idóneo del que resulte la inadecuación de la asistencia sanitaria recibida, la mala praxis que normalmente se imputa, siendo fundamental al respecto la aportación de pruebas periciales médicas que avalen y justifiquen la reclamación, puesto que se plantean habitualmente cuestiones de naturaleza técnica por lo que resulta imprescindible la existencia en el expediente de pruebas periciales en las que pueda apoyarse el sentido del dictamen a emitir.

Desde parecida perspectiva, es conocida la doctrina jurisprudencial que postula que la prueba de la relación de causalidad corresponde a quien formula la reclamación, esto es, la carga de la prueba del nexo causal corresponde al que reclama la indemnización consecuencia de la responsabilidad de la Administración por lo que no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa (STS de 18 de octubre de 2005).

A la inexistencia de esa responsabilidad se llega en nuestro caso también aunque se considerara aplicable en este supuesto la doctrina que modera la aplicación de esa regla general en el ámbito sanitario, en aplicación de la denominada regla de la facilidad probatoria, en el sentido que la obligación de soportar la carga de la prueba al perjudicado, no empece que esta exigencia haya de atemperarse a fin de tomar en consideración las dificultades que normalmente encontrará el paciente para cumplirla dentro de las restricciones del ambiente hospitalario, por lo que habrá de adoptarse una cierta flexibilidad de modo que no se exija al perjudicado una prueba imposible o diabólica, principio que obliga a la Administración, en determinados supuestos, a ser ella la que ha de acreditar, precisamente por disponer de medios y elementos suficientes para ello, que su actuación fue en todo caso conforme a las exigencias de la *lex artis*, pues no sería objetiva la responsabilidad que hiciera recaer en todos los casos sobre el administrado la carga de probar que la Administración sanitaria no ha actuado conforme a las exigencias de una recta praxis médica (STS de 9 de diciembre de 2008).

En nuestro caso, se cuenta en el expediente con diversos informes médicos, emitidos desde las distintas perspectivas de las especialidades médicas de sus emisores, todas ellas concurrentes en la atención sanitaria del reclamante, que son coincidentes al concluir en la inexistencia de deficiencias en la asistencia sanitaria prestada, participando de esa misma opinión los dictámenes emitidos por la asesoría médica..., por poco que sea el crédito que le merezca ésta a la representación del reclamante.

Como se ha dejado establecido, constan en el expediente administrativo los informes elaborados por los Servicios de Urgencias, de Medicina Interna, de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de Rehabilitación y de Medicina Preventiva, Higiene Hospitalaria y Gestión Clínica.

De ellos resulta que en el quirófano donde fue intervenido el reclamante no se detectaron otros supuestos de “infección/colonización por SARM” en heridas quirúrgicas en las fechas próximas a esa intervención. También consta que la intervención del reclamante vino precedida de “profilaxis antibiótica de Cefazolina y los cuidados de la herida quirúrgica establecidos”, teniendo presente los servicios sanitarios que “el estafilococo aureus es una bacteria habitual en la piel de la personas y por dicha razón las profilaxis antibióticas quirúrgicas ortopédicas se centran en tratamiento antibiótico efectivo frente a dicha bacteria”, siendo por otra parte la posibilidad de infección “una complicación que viene recogida en el consentimiento informado firmado por el paciente, y que tiene una incidencia escasa, pero presente en cualquier servicio quirúrgico”, reiterándose que se “habían tomado las medidas profilácticas habituales, con tratamiento antibiótico según el protocolo hospitalario para cirugías consideradas limpias”.

Coinciden al respecto los informes en que el *Staphilococcus Aureus* Meticilin Resistente es “un germen de difícil tratamiento por su resistencia a los antibióticos”, estando “presente en las infecciones hospitalarias en cualquier centro hospitalario”, señalando los especialistas que suscriben el informe de “...” que “la infección post-traumática es una complicación que preocupa a los cirujanos ortopédicos pues su incidencia tras una fractura se

aproxima al 16% dependiendo de la naturaleza de la lesión inicial y del tratamiento aplicado”, siendo los tratamientos a menudo complejos “y se acompañan de secuelas, como la pseudoartrosis, la osteomielitis crónica, la amputación e incluso la muerte”, requiriendo “antibióticos de última generación, heridas que deben ser cuidadas diariamente y por personal especializado, múltiples intervenciones quirúrgicas y posiblemente, la revisión de los implantes”, constituyendo las infecciones nosocomiales “las complicaciones más comunes en los pacientes hospitalizados”, produciéndose por “trasmisión paciente a paciente, a partir de trabajadores sanitarios colonizados de manera transitoria ó permanente. Estrechamente ligado a la contaminación cruzada se halla el concepto de índice de colonización, definido como la proporción de otros pacientes colonizados por una bacteria problemática en una Unidad de Hospitalización específica”.

En cuanto al tratamiento seguido con posterioridad al hallazgo de la infección se desprende de los informes emitidos que se aplicaron tratamientos “según la evidencia científica internacional”, siendo por otra parte frecuente la infección padecida luego por el reclamante por la existencia de *Clostridium difficile* ya que “las personas que precisan tomar antibióticos, en su domicilio, o en un medio hospitalario, pueden desarrollar un desequilibrio de las bacterias que normalmente tienen en sus vías digestivas, y pueden desarrollar una infección”.

En consecuencia, la inexistencia de acreditación sobre una defectuosa realización de la intervención quirúrgica en la muñeca, o sobre una supuesta inexistencia o mala gestión de las labores previas de profilaxis en el quirófano donde se hizo la intervención o sobre el propio paciente, o la no constatación de que los tratamientos posteriores de la infección fueran inadecuados, impiden considerar acreditada la responsabilidad sanitaria imputada en la reclamación, máxime cuando los informes médicos obrantes en el expediente conducen directamente a la conclusión contraria, esto es, a la corrección de la actuación de los servicios sanitarios, que se encontraron ante uno de los supuestos en que porcentualmente se da lugar a una infección en intervenciones quirúrgicas, como refieren los informes emitidos, sin que actualmente sea posible erradicar ese riesgo por completo.

En último término, tampoco la reclamación aporta elemento alguno que sustente su afirmación respecto a que la intervención en el pie se realizó mediante técnicas quirúrgicas deficientes en las que se encontraría la causa de los dolores que dice soportar al caminar.

De los informes médicos que ya se han citado resulta que no son “atribuibles estas secuelas al tratamiento realizado”, sin que esa complicación pueda asociarse a una mala praxis ó a un incorrecto tratamiento sino a una complicación del tratamiento ofertado, concluyéndose también en el informe pericial aportado por la aseguradora que “los seguimientos y tratamientos de su traumatismo del pie son correctos”, del mismo modo que concluye que “las técnicas quirúrgicas utilizadas en las intervenciones de reducción abierta y estabilización con placa en la muñeca y reducción percutánea con agujas de Kirchner en el pie izquierdo, son correctas”.

En consecuencia, no se puede apreciar por el Consejo en este caso la existencia de un daño antijurídico que el reclamante no tenga 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 don..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.