

Expediente: 8/2016

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

Dictamen: 18/2016, de 6 de abril

DICTAMEN

En Pamplona, a 6 de abril de 2016

El Consejo de Navarra, compuesto 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 Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 1 de marzo de 2016 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con 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 (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo, sobre el expediente de responsabilidad patrimonial de la Comunidad Foral de Navarra, de la reclamación efectuada por doña..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 18/2016, de 23 de febrero, del Consejero de Salud.

A la solicitud, se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyendo propuesta de resolución por parte del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-

Osasunbidea y la Orden Foral 18/2016, de 23 de febrero, por la que se solicita se emita dictamen por este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

De los documentos obrantes en el expediente que se nos ha facilitado, resultan los siguientes hechos relevantes:

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Con fecha 25 de junio de 2012, doña..., presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, consistentes en un retraso/error de diagnóstico que impidió una rápida actuación terapéutica y que originó secuelas caracterizadas por disimetría de extremidades izquierdas y marcha atáxica, cuantificándolos en 289.844,52 euros.

En el escrito de reclamación se indica que doña..., de 34 de años y que trabajaba como auxiliar de enfermería, el 8 de febrero de 2011 fue trasladada en ambulancia hasta el... al sentir un fuerte mareo. Se le indicó que se trataba de un cuadro de vértigos y quedó ingresada en la planta de Otorrinolaringología.

Al día siguiente, estando la paciente más adormilada, el médico informó que se trataba de un caso claro de vértigos por contractura muscular, por lo que se iba a instaurar un tratamiento a base de relajantes musculares.

El 10 de febrero de 2011, el médico manifiesta que quiere hacerle una prueba de oído para descartar el síndrome de Menier, para lo que tiene que bajarle la medicación, a pesar de lo cual la paciente continúa muy adormilada.

El 11 de febrero de 2011, al no poder encontrar las constantes a la paciente, entraron en la habitación sanitarios de la UCI y una doctora que “le dijo que era Neuróloga” y que se llevaban a la paciente para hacerle un

escáner. Al cabo de un rato volvió para comunicar a la familia que a... le había dado un infarto cerebral, que estaba en coma y que la iban a pasar al... a Neurocirugía para operarla de urgencia.

La operación duró cinco horas. Tras ella, permaneció en la UCI diecinueve días, pasando a la planta de Neurocirugía el día 1 de marzo de 2011, donde permaneció hasta el 11 de marzo siguiente, fecha en la que se le dio de alta con el siguiente diagnóstico: "Ictus isquémico cerebeloso de ACPI izquierda y tálamo mesencefálico derecho. Hidrocefalia. Traqueobronquitis".

Sin embargo, al día siguiente, acude nuevamente al Servicio de Urgencias al presentar fiebre y cefalea. Se le ingresa en el..., donde permanece hasta el 23 de marzo de 2011, siendo diagnosticada de "ventriculitis postquirúrgica por Staphylococcus epidermis meticilin-resistente" y "Neutropenia de probable origen periférico".

Posteriormente, y una vez dada de alta, precisó de tratamiento rehabilitador en las áreas de logopedia, con ejercicios de respiración soplo, coordinación fonorrespiratoria, praxias orolingüofaciales, velocidad, ritmo y regularidad del habla y rehabilitación fisioterapéutica para mejorar el equilibrio y la coordinación, concluyendo el 7 de noviembre de 2011.

El 18 de enero de 2012 el Jefe del Servicio de Neurología del... informó que padecía "secuelas a mi juicio irreversibles que se caracterizan por disimetría de extremidades izquierdas y marcha atáxica", siendo "incapaz de realizar sus actividades previas aunque puede realizar actividades cotidianas, en su caso, sin ayuda de terceras personas". Estas alteraciones se acompañan de "una alteración de un trastorno del equilibrio que pueden ocasionar caídas... La paciente está totalmente incapacitada para su trabajo habitual".

El 2 de marzo de 2012, tras permanecer en situación de incapacidad temporal desde el 8 de febrero de 2011, por Resolución de la Dirección Provincial de Navarra del Instituto Nacional de la Seguridad Social se le

concedió la correspondiente pensión por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

En el escrito de reclamación, tras exponer los fundamentos jurídicos que estimó necesarios, la reclamante solicita una indemnización de 289.844,52 euros como reparación integral de los daños y perjuicios sufridos.

Instrucción del procedimiento: historia clínica e informes

No obra en el expediente ninguna resolución de admisión a trámite de la reclamación, aunque sí que hay referencia al número de expediente asignado (17500/2012).

El día 5 de diciembre de 2012, la instructora del expediente solicitó al Gerente del... copia de la historia clínica de la paciente, correspondiente a la asistencia médica recibida a partir del 8 de febrero de 2011, relacionada con los hechos de la reclamación, remitiéndose la misma con fecha de 11 de enero de 2013.

Con fecha de 11 de diciembre de 2012, por parte de la instructora del expediente se solicitó informe, sobre los hechos alegados en la reclamación, al Jefe de la Sección de Medicina Intensiva "A" del... que, con fecha de 31 de diciembre de 2012 remitió informe de dicho Servicio de 1 de marzo de 2011, ya obrante en la historia clínica enviada.

Constan como parte de la historia clínica, entre otros, los siguientes informes ya aportados con el escrito de reclamación. A saber: informe del Servicio de Urgencias General de 8 de febrero de 2011, informe del Servicio de Medicina Intensiva de 1 de marzo de 2011, informe del Servicio de Neurocirugía de 11 de marzo de 2011, informe del Servicio de Enfermedades Infecciosas de 23 de marzo de 2011, informe de O.R.L. de 3 de noviembre de 2011, informe del Servicio de Rehabilitación de 7 de noviembre de 2011 e informe complementario del Servicio de Neurología de 18 de enero de 2012.

Destacamos del informe del Servicio de Urgencias de 8 de febrero de 2011 los antecedentes de la paciente de “cervicalgia previa”, lo que se señala respecto de la “historia actual”, que “esta mañana nota contractura muscular y toma ibuprofeno. Además asocia intensa sensación de mareo con giro de objetos, sobre todo con los movimientos cefálicos, sin pérdida de conciencia. No TCE previo. Afebril. No cefalea. Parestesias en ambas EESS con hipoventilación. No focalidad. No otalgia ni acufenos. No disnea, ni dolor torácico ni opresión precordial ni palpitaciones. No dolor abdominal ni diarreas”. Respecto de la “exploración neurológica” precisa: “Consciente y orientada tempoespacialmente. Lenguaje normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Tono muscular normal. Fuerza muscular conservada. Sensibilidad conservada. Reflejo cutáneo-plantar en flexión. Nistagmus horizontal”. Finalmente, el juicio clínico que se realiza de “probable vértigo con escasa respuesta al tratamiento”.

Interesa reseñar, asimismo, el informe fechado el 3 de noviembre de 2011 y suscrito por el Jefe de la Unidad de O.R.L. Rinología en el que se indica que “durante su estancia en Otorrinolaringología desarrolla un cuadro de desorientación, hiporreactividad y pupilas arreactivas al estímulo luminoso, pendiente del resultado de las pruebas de Otorrinolaringología se decide consultar urgentemente con UCI y Neurología, es valorada por estos servicios y diagnosticada por clínica y RM de infarto cerebeloso con edema y compresión tronco + hidrocefalia marcada. Pasando la paciente al servicio de Neurología del...”.

Obran en el expediente, también, las anotaciones de las enfermeras que atienden a la paciente desde el 8 al 11 de febrero de 2011. Destacamos de esas anotaciones lo siguiente:

- 8 de febrero de 2011: “Ingreso procedente de Urgencias a cargo de ORL por Vértigos. Llega a la planta mareada, no refiere náuseas. No quiere cenar. Se encuentra mejor”.
- 9 de febrero de 2011: “Pasa la mañana molesta con dolor de cuello, pongo analgesia. Le ve ORL, seguir igual, debe levantarse e

intentar pasear". A la tarde, "refiere dolor en cuello, precisando analgesia y valium. Cena poco".

- 10 de febrero de 2011: "Pasa la noche tranquila, continúa con vértigos al movilizar cabeza". A las 14:49 horas se indica: "Ctes mantenidas, le ve Orl, modifican tto ya que está muy adormilada. Resto igual". Ya de tarde se indica: "Pasa la tarde profundamente dormida se despierta para cenar un poco y para ir al baño, refiere cefalea. No consigo hablar con ella ya que no responde cuando le llamo". Finalmente, "dormida toda la noche. Responde un poco al llamarla, aunque continúa muy dormida. No se queja de dolor de cuello".
- 11 de febrero de 2011: "A primera hora avisa para volver al baño, le ayudamos. A las 8:30 muy dormida Fc de 40, no le cojo T/A, aviso ORL". "Viene UCI y parece que responde a estímulos. Sacamos analítica, orina para tóxicos, ECG. Se baja hacer RMN acompañada de intensivistas. Le están viendo los neurólogos". "A las 12:00 sube neuróloga para informar de la gravedad de la situación y de su traslado a la UCI de..".

El informe del Servicio de Medicina Intensiva de 11 de marzo de 2011 da cuenta de la intervención quirúrgica urgente que se practicó a la paciente mediante colocación de "drenaje ventricular en asta frontal derecha" y "craniectomía suboccipital izquierda y laminectomía de arco posterior de C1", con el siguiente juicio clínico: "Ictus isquémico cerebeloso ACPI izquierda y tálamo mesencefálico derecho. Hidrocefalia. Craniectomía suboccipital descompresiva izquierda. Drenaje ventricular frontal derecho. Traqueobronquitis."

Por su parte, conforme al informe del Servicio de Neurocirugía de 11 de marzo de 2011, "la paciente sigue una evolución clínica satisfactoria".

Hemos de referirnos, también, al informe del Servicio de Neurología de 18 de enero de 2012 en el que se hace referencia a las secuelas que padece la paciente derivadas del infarto padecido:

“Mujer de 35 años, con antecedente de infarto cerebeloso masivo con afectación de tronco cerebral, cefalea secundaria. Preciso de tratamiento quirúrgico con craneotomía suboccipital descompresiva y drenaje ventricular. Estudio genético con trombofilia normal. Foramen oval permeable sin aneurisma del septo (febrero de 2011).

Desde entonces la situación clínica de la paciente ha experimentado una mejoría aunque padece secuelas a mi juicio irreversibles que caracterizan por disimetría de extremidades izquierdas y marcha atáxica.

Por todo ello la paciente es incapaz de realizar alguna de sus actividades previas aunque puede realizar actividades cotidianas, en su casa, sin ayuda de terceras personas.

Desde el punto de vista funcional estas alteraciones además se acompañan de una alteración de un trastorno del equilibrio que pueden ocasionar caídas. Desde el punto de vista funcional creemos que la paciente está totalmente incapacitada para su trabajo habitual.

Queda pendiente de revisiones posteriores en la consulta de Neurología, consulta de Patología Vascular Cerebral.”

La asesoría médica... (en adelante,...) emitió informe, solicitado por “Zurich”, el día 9 de febrero de 2013. De las consideraciones médicas de este informe, confeccionado por un especialista en Otorrinolaringología, destacamos los siguientes fragmentos:

“Cuando surgieron los primeros síntomas de vértigo la paciente fue trasladada a Urgencias del... Esto ocurrió de forma inmediata y sin dilación.

Allí fue atendida por los médicos de Urgencias que ante la sintomatología de la paciente realizaron un estudio adecuado y completo.

Debe señalarse que en el informe emitido por ellos se incluye una completa exploración neurológica que demostraba la más absoluta de las normalidades.

La paciente no presentaba el más mínimo síntoma que hiciera pensar en una afectación neurológica y la exploración exhaustiva, incluyendo todos los detalles neurológicos, era absolutamente normal.

Ante todo ello se llegó al diagnóstico de sospecha de vértigo periférico y se avisó al especialista en ORL de guardia.

A mi juicio esta es una conclusión razonable y tanto el estudio realizado como las conclusiones a las que se llegó eran correctas.

Todo apuntaba a que se trataba de un cuadro de alteración del órgano periférico del equilibrio (oído interno), sin que existieran otras alteraciones.”

Añade a continuación el informe:

“El médico de guardia de ORL, confirmó las sospechas del equipo de guardia de Medicina, opinando que efectivamente el cuadro tenía todo el aspecto de una afectación periférica del equilibrio.

La opinión coincidente de las dos especialidades tras un estudio completo, hacen muy verosímil el que el cuadro clínico de esta paciente en su inicio tenía todo el aspecto de un vértigo periférico.

La clínica es característica. Aparece un cuadro brusco de vértigo acompañado de un cortejo vegetativo importante (náuseas, vómitos, palidez facial y diaforesis). La crisis es de tal intensidad y duración que obliga al paciente al reposo absoluto durante dos o tres días. Una vez superado esta primera fase, el vértigo se va haciendo más leve, disminuyendo así los síntomas vegetativos. El paciente comienza a moverse evidenciándose la gran inestabilidad que provoca el cuadro. Impidiendo la deambulación normal.

Conforme pasa el tiempo el paciente va mejorando progresivamente. La mayoría, consiguen una compensación vestibular suficiente, mejorando la inestabilidad hasta conseguir la deambulación sin ayuda.

El tratamiento se fundamenta en medicación sintomática, y terapia rehabilitadora.

El tratamiento en la fase aguda será sintomático, con la finalidad de intentar la disminución de la sintomatología. Pudiendo usar antihistamínicos, antidopaminérgicos, anticolinérgicos y GABAérgicos o cualquier otro sedante.

En este caso la ORL de guardia, ante la no mejoría de la paciente con el tratamiento instaurado, decidió de forma prudente su ingreso hospitalario para valorar la evolución tras el tratamiento.

Esta decisión, es a mi juicio acertada.

Ante un cuadro de vértigo que tiene todo el aspecto de periférico, el protocolo de actuación en Urgencias dicta que se debe instaurar un tratamiento médico y valorar la evolución, pasadas unas horas. Si el paciente mejora y le desaparece la sensación vertiginosa, se puede dar el alta con tratamiento médico e instrucciones de acudir a la consulta de ORL. Pero en casos, como el que nos ocupa, donde el paciente no mejora pasadas unas horas se debe proceder a su ingreso para valorar la evolución. La solicitud de nuevas pruebas, entre la que

se encuentra una TAC se hará según la evolución que experimente el paciente.

En este caso se actuó de acuerdo al protocolo, la paciente ingresó ese día y esto constituye una conducta médica correcta.

El día 9 de Febrero, primer día, su evolución fue la que se esperaba de un cuadro de vértigo periférico con un cierto componente cervical, solo presentaba dolor de cuello que cedía con analgesia.

El día 10 por la mañana había mejorado, y esto permitió retirar la medicación sedante. Por la tarde comenzó un cuadro de somnolencia que se hizo patente a la mañana siguiente.

Fue el 11 por la mañana cuando su cuadro se hizo claro y se tomaron decisiones, avisar a la UCI, a Neurología, solicitar pruebas y entre ellas una RNM. La indicación de estas pruebas no existía en los días previos pues como hemos comentado solo el 10 por la noche y el 11 por la mañana su cuadro clínico comenzó con sintomatología neurológica.

En ese momento se hizo el diagnóstico de la paciente un ACVA cerebeloso por infarto, que estaba provocando un cuadro de hipertensión intracraneal.

Pero el que no se llegara al diagnóstico antes del 11 no obedece a ninguna mala práctica o retraso en la solicitud de las pruebas, pues aunque la RNM fue realizada a las 48 horas del ingreso, no existían datos clínicos previos que hicieran necesaria su solicitud.

Si a todos los cuadros de sospecha vértigo periférico se le indicara la realización de una RNM en las primeras 48 horas, supondría una mala utilización de los medios diagnósticos, por eso se dictan protocolos como el que he comentado anteriormente y que en este caso se cumplió de forma escrupulosa.

Es más, si se hubiera realizado la RNM desde el primer día, efectivamente se podría haber diagnosticado el ACVA en ese momento, pero en este caso el proceso terapéutico habría sido el mismo y los resultados idénticos, pues en el caso de esta paciente se actuó de forma diligente a medida que iban surgiendo los síntomas.”

Sobre el tratamiento dado al accidente cerebro vascular padecido por la paciente, señala el mismo informe que “al realizarse el diagnóstico y constatarse la existencia de hipertensión intracraneal asociada, se tomaron las medidas adecuadas”, decidiéndose “realizar una intervención quirúrgica con el fin de descomprimir el cerebelo y drenar el LCR que estaba a presión elevada”. La cirugía se llevó a cabo “de forma efectiva y se consiguió resolver el problema intracraneal”. Las secuelas existentes son

“consecuencia del cuadro clínico tan grave que padeció la paciente, infarto de cerebelo por causa desconocida, pero no es cierto que estas secuelas obedezcan a la conducta médica realizada, ni a ningún retraso diagnóstico”. La patología que padecía la paciente “se diagnosticó dentro de las 48 horas siguientes a un ingreso por Urgencias tras los primeros síntomas, actuación de acuerdo al protocolo”, siendo todo el tratamiento posterior “absolutamente correcto, yo diría que ejemplar”. La actuación médica “no es causante de ningún perjuicio... gracias a ella la paciente salvó su vida”.

Se concluye que toda la actuación médica está de acuerdo a la *lex artis ad hoc*.

En nuevo dictamen médico confeccionado por... y suscrito por tres especialistas en Neurología con fecha de 20 de febrero de 2013, se señala por lo que ahora interesa, lo siguiente:

“Una vez evaluados todos los informes aportados consideramos 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*. La paciente cuando acudió a urgencias al... fue explorada de forma exhaustiva, no presentando focalidad neurológica, siendo el cuadro que presentaba totalmente compatible con vértigo de origen periférico. No presentaba ningún dato de déficit neurológico que hiciera sospechar la presencia de un ictus, por lo que no estaba indicada la realización de pruebas neurorradiológicas como TAC o RM cerebral. Durante su ingreso en la planta de ORL los síntomas seguían siendo compatibles con el diagnóstico inicial, y fue el 11-02-11 al presentar la paciente somnolencia excesiva y bradicardia cuando fue valorada por neurología, y se le solicitaron y realizaron de forma urgente las exploraciones neurológicas oportunas como doppler de arterias cerebrales y RM cerebral. En este momento consideramos que sí estaban indicadas la realización de estas pruebas diagnósticas como así se hizo. Una vez diagnosticada fue trasladada rápidamente e intervenida quirúrgicamente en el Servicio de Neurocirugía del... con éxito.

Consideramos por tanto que la paciente fue tratada en todo momento de acuerdo a la sintomatología que presentaba y se solicitaron las pruebas pertinentes según su evolución clínica. Cuando la paciente se deterioró clínicamente se actuó con diligencia siendo tratada e intervenida de urgencia con lo que se consiguió no solo salvar su vida,

sino minimizar las graves secuelas que hubiera padecido. Las secuelas de la paciente son debidas al infarto de cerebelo que sufrió y en ningún caso a actuación contraria a la lex artis.”

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de 7 de enero de 2015, el instructor dio trámite de audiencia a la interesada por un periodo de 10 días hábiles, para que pudieran formular nuevas alegaciones, aportar otros documentos y justificaciones que estimase pertinentes, dándosele copia de todos los documentos médicos incorporados al procedimiento.

Por medio de escrito presentado en uno de los registros del Gobierno de Aragón, la señora... formuló alegaciones de disconformidad con los dictámenes de..., insistiendo en que la realidad es que hubo un retraso/error en el diagnóstico, reconociendo el primero de los informes que “si se hubiese realizado la RMN desde el primer día, efectivamente se podría haber diagnosticado el ACVA en ese momento”.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución precedida de un informe jurídico de fecha 9 de febrero de 2016, de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

II. CONSIDERACIONES JURIDICAS

II.1ª. Carácter preceptivo del dictamen

La consulta que se nos efectúa versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, formulada por doña... por los daños y perjuicios derivados de asistencia sanitaria, solicitando una indemnización de 289.844,52 euros.

El artículo 16.1.i) de la LFCN establece el dictamen preceptivo del Consejo de Navarra en relación con los expedientes administrativos

tramitados por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en los que la Ley exija el dictamen de un órgano consultivo, que se refieran, entre otras, a “reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a veinte millones de pesetas” (120.202.42 €).

Por su parte, el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP), dispone en su artículo 12.1 que, cuando sea preceptivo a tenor de lo establecido en la Ley Orgánica del Consejo de Estado, se recabe el dictamen de este órgano consultivo o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, remitiéndole todo lo actuado en el procedimiento, así como una propuesta de resolución. El apartado 2 de dicho precepto reglamentario añade que “se solicitará que el dictamen se pronuncie sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común...”

En consecuencia, de acuerdo con los preceptos citados, este Consejo emite dictamen preceptivo al versar la consulta sobre una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 €.

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), regula en sus artículos 80 y siguientes el procedimiento en materia de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, solicitud de otros informes necesarios, audiencia de los interesados, dictamen del Consejo de Navarra cuando sea preceptivo, propuesta de resolución y por último, resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación (artículo 82).

Por otro lado, la determinación del órgano competente para dictar la resolución se atribuye en el artículo 116 de la LFACFN, en los supuestos derivados de responsabilidad patrimonial, al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención prestada a la reclamante, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos, así como los informes de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación. Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de todo lo obrante en el expediente, manifestándose por la interesada su disconformidad con las conclusiones de los informes de..., todo ello previo a la formulación de la propuesta de resolución.

Con base en todo lo anterior, y aunque no conste ni la admisión a trámite de la reclamación, ni el nombramiento de instructor, consideramos que se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable en lo que se refiere a la solicitud de informes, aportación de historia clínica y trámite de audiencia, por lo que el procedimiento seguido puede considerarse correcto en términos generales. Debe señalarse, eso sí, que ha estado paralizado durante casi dos años, desde que se emitiera el último de los informes médicos de... y hasta la concesión del trámite de audiencia a la interesada, sin que por parte de este Consejo se llegue a comprender la razón de la dilación producida.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra, en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento

Administrativo Común, que ha sido parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero (en adelante, LRJ-PAC), y en el RPRP.

El punto de partida lo constituye 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”.

El daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 139.2). Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (artículo 141.1 de la LRJ-PAC). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 141.2 de la LRJ-PAC). El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 142.5 de la LRJ-PAC).

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la 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 causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

Por su parte, el artículo 77.1 de la LFACFN, dispone que, mediante el procedimiento establecido en la misma, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones que sufran en cualesquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza

mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

II.4ª En particular, la antijuridicidad del daño y el cumplimiento de la *lex artis*

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

Como este Consejo ha señalado en numerosos dictámenes (por todos, el dictamen 10/2013, de 9 de abril), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no solo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio. Por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la

actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

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

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y

de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto».

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la *lex artis* y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se apoya en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (*lex artis*). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*; de exigirse solo 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 necesidad de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la *lex artis* (STS de 13 de julio de 2007).

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

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

En el presente caso parece que no hay duda de que existe relación de causalidad entre el cuadro clínico de la paciente, infarto de cerebelo, y las secuelas que padece, lo que está admitido por el informe del Servicio de Neurología de 18 de enero de 2012, así como por los informes de... de 9 de febrero de 2013.

Lo que la reclamante considera un deficiente funcionamiento de los servicios sanitarios no son las secuelas derivadas del infarto sufrido por la paciente, ni el resultado de la operación quirúrgica de urgencia que se le practicó, sino el “retraso/error diagnóstico” cometido a su juicio por no haberse realizado en el Servicio de Urgencias o en su posterior ingreso en planta, las pruebas necesarias para descartar una patología neurológica, toda vez que si esa actuación se hubiese llevado a cabo durante las primeras horas la gravedad de las secuelas se hubiese minimizado o eliminado.

Frente a estas manifestaciones, que no se avalan con informe pericial alguno, hemos de referirnos a lo informado por... en sus dictámenes médicos de 9 y 20 de febrero de 2013, confeccionados por especialistas en Otorrinolaringología y Neurología, respectivamente. Conforme al primero de ellos:

- En el informe emitido por los médicos de Urgencias “se incluye una completa exploración neurológica que demostraba la más absoluta de las normalidades”, no presentando la paciente “el más mínimo síntoma que hiciera pensar en una afectación neurológica y la exploración exhaustiva, incluyendo todos los detalles neurológicos era absolutamente normal”.

- El diagnóstico de sospecha de vértigo periférico era una conclusión razonable y correcta y fue confirmado por el médico de guardia de ORL.
- El ingreso hospitalario fue asimismo una decisión acertada y se actuó de acuerdo al protocolo.
- El aviso a Neurología se efectuó el día 11, cuando existía indicación de solicitar pruebas neurológicas, lo que no existía en los días previos.
- El proceso terapéutico hubiera sido el mismo de haberse diagnosticado el ACVA desde el primer día.
- Las secuelas obedecen al infarto de cerebelo, no a la conducta médica ni a ningún retraso de diagnóstico.
- Gracias a la actuación médica la paciente salvó su vida.
- Toda la actuación médica está de acuerdo a la *lex artis ad hoc*.

El segundo de los informes de..., por su parte, considera tras la evaluación de todos los informes aportados, que todas las actuaciones médicas han sido correctas. En el Servicio de Urgencias, la paciente “fue explorada de forma exhaustiva, no presentando focalidad neurológica”. Su cuadro era “totalmente compatible con vértigo de origen periférico. No presentaba ningún dato de déficit neurológico que hiciera sospechar la presencia de un ictus, por lo que no estaba indicada la realización de pruebas neurorradiológicas como TAC o RM cerebral. Durante su ingreso en la planta de ORL los síntomas seguían siendo compatibles con el diagnóstico inicial, y fue el 11-02-11 al presentar la paciente somnolencia excesiva y bradicardia cuando fue valorada por neurología, y se le solicitaron y realizaron de forma urgente las exploraciones neurológicas oportunas como doppler de arterias cerebrales y RM cerebral. En este momento consideramos que sí estaban indicadas la realización de estas pruebas diagnósticas como así se hizo. Una vez diagnosticada fue trasladada rápidamente e intervenida quirúrgicamente en el Servicio de Neurocirugía del... con éxito” y “la paciente fue tratada en todo momento de acuerdo a la sintomatología que presentaba”, solicitándose las pruebas pertinentes según su evolución clínica. “Cuando la paciente se deterioró clínicamente se actuó con diligencia siendo tratada e intervenida de urgencia

con lo que se consiguió no solo salvar su vida, sino minimizar las graves secuelas que hubiera padecido. Las secuelas de la paciente son debidas al infarto de cerebelo que sufrió y en ningún caso a actuación contraria a la *lex artis*.”

A la vista de estas consideraciones, y no obrando en el expediente ningún otro informe pericial del que se desprenda la existencia, como se invoca por la reclamante, de un retraso en la atención prestada o de un error de diagnóstico impeditivo de una rápida actuación terapéutica y causante de las secuelas padecidas por la paciente, ha de considerarse que la actuación de los servicios sanitarios resultó conforme a la *lex artis* y, consecuentemente, que la reclamación debe ser desestimada.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos formulada por doña...

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.