

<p>Expediente: 20/2016</p> <p>Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.</p> <p>Dictamen: 32/2016, de 27 de junio de 2016</p>

DICTAMEN

En Pamplona, a 27 de junio de 2016,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfonso Zuazu Moneo, actuando como Presidente; don Alfredo Irujo Andueza, Consejero-Secretario; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejero.

siendo ponente doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 6 de mayo 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, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, presentada por doña..., en representación de don..., doña..., don... y doña..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 38/2016, de 22 de octubre, del Consejero de Salud.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Por escrito de 15 de diciembre de 2014, doña..., en nombre y representación de don..., doña..., don... y doña..., formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración a la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios producidos por la actuación de los servicios sanitarios públicos, como consecuencia de las secuelas sufridas por don... por la administración errónea de una ampolla de adrenalina IV en la UCI del..., tras su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva para la realización de una intervención quirúrgica programada en cirugía cardíaca de recambio valvular aórtico. Se estima que la tetraplejia que padece, secundaria a encefalopatía anoxo isquémica, fue consecuencia de aquella actuación y se solicita una indemnización de 838.852, 86 euros.

En la reclamación se reseñan los siguientes hechos.

El señor..., nacido el 19 de enero de 1943, padecía desde 2009 una valvulopatía aórtica degenerativa, siendo diagnosticado en septiembre de 2013 de estenosis aórtica severa con función sistólica normal (FE 60%) e insuficiencia mitral leve. A pesar de dichos antecedentes, llevaba una vida activa normal, acudiendo diariamente al gimnasio y caminando diariamente dos horas.

En sesión clínica del Servicio de Cardiología del..., se decidió su intervención quirúrgica, llevándose a cabo el día 16 de diciembre de 2013 conforme a la programación. Dicha intervención consistió en un “recambio valvular aórtico por bioprótesis Perimount CEC: 106’, isquemia 79’. Perfusión dobutamina a dosis medias”. Se destaca la falta de incidencias en la operación por lo que se le trasladó a la UCI.

En la UCI presentó sangrado excesivo por los drenajes (750 cc en dos horas), junto con importantes fluctuaciones de tensión arterial e hipotensión de hasta 55 mmhg, estabilizándose hemodinámicamente con perfusión de plaquetas, volumen y drogas vasoactivas. Se le extubó a las seis horas de estancia en la UCI, tras una correcta prueba de respiración espontánea.

A las 7 horas del 17 de diciembre de 2013, día siguiente de la intervención, se le administró equivocadamente por el personal de enfermería una ampolla de adrenalina IV, con sangrado máximo debido a rotura o dehiscencia de la aortotomía secundaria a la HTA. Se le volvió a intervenir. Presentó un fracaso multiorgánico, que le generó un coma con ventilación mecánica hasta el 7 enero de 2014. Posteriormente, se le realizó una traqueotomía y cierre de traqueostoma.

El 17 de febrero de 2014 se emitió como juicio clínico: “encefalopatía, hipóxico-isquémica. Evolución satisfactoria (conciencia), pero previsible secuelas neurológicas severas”. De la Resonancia Magnética se concluyó la existencia de “encefalopatía hipóxico-isquémica con presencia de infartos corticales bihemisféricos que asocia necrosis laminar y focos hemorrágicos, con mayor evolución en la región rolándica izquierda. Signos de atrofia subcortical”.

El 31 de marzo de 2014, se le trasladó a la planta de hospitalización (...) para que continuara la recuperación.

El 23 de abril se le envió a la... para que continuara la rehabilitación en las áreas de fisioterapia y terapia ocupacional. En la... se confirmó el diagnóstico emitido por la UCI y Cirugía Cardíaca, ampliándose el informe del paciente con la indicación de que existe “tetraplejia secundaria a encefalopatía anoxo-isquémica”.

A partir del 29 de agosto de 2014 se siguió tratamiento rehabilitador ambulatorio en la... con dos sesiones semanales y revisiones periódicas en la consulta de Neuropsiquiatría y Neuropsicología.

En virtud de estos hechos y los informes periciales de la doctora... que se han adjuntado con la reclamación, se concluye que el señor... sufre un estado secuelar de déficit cognitivo de todos los dominios que han podido ser valorados, tetraparesia secundaria a encefalopatía anoxo-isquémica, disartria, y apraxia (visoconstructiva ideatoria e idemotora), proponiéndose las indemnizaciones siguientes por dichas secuelas, que se indica que no podrán considerarse como situación permanente hasta pasados 18 meses:

- Por días de baja hospitalarios, desde la producción de los hechos el 17 de diciembre de 2013 hasta el alta hospitalaria el 29 de agosto de 2014, (257 días x71,84 euros): 18.462,88 euros.

- Por días de baja impeditivos en virtud de los 18 meses que indica el informe pericial aportado, en el que se estima que no puede ser considerado dado de alta todavía (283 días x 58,41 euros): 16.530,03 euros.

- Por secuelas funcionales de deterioro de las funciones superiores (45 puntos), tetraparesia (45 puntos), disartria (15 puntos) y apraxia (30 puntos), que conforme a la fórmula Balthazar de la Ley 34/03 arrojan 83 puntos (1.550,36 euros/punto): 128.679,88 euros.

- Por secuelas estéticas muy importantes, cifradas en 30 puntos (937,85 euros/punto): 28.135,50 euros.

-Por daños morales complementarios derivados de secuelas concurrentes que superan los 90 puntos e incapacidad permanente absoluta, respectivamente, 65.000 euros y 100.000 euros.

- Por grandes inválidos en cuanto a la necesidad de ayuda de otra persona: 200.000 euros; adecuación de la vivienda: 95.862,67 euros; perjuicios morales de familiares: 150.000 euros; y adecuación de vehículo propio: 29.348,20 euros.

- Por gastos realizados en diversos elementos (grúa para levantar al señor..., cama elevadora, colchón y sobre colchón, silla de inodoro y orinal): 3.036,70 euros.

- Por los gastos derivados de la ayuda de tercera persona: 3.797 euros.

En la reclamación se hace hincapié en el cambio radical de la calidad de vida y limitaciones que ha generado el suceso al señor..., a su mujer e hijos. Se advierte, además, que la reclamación se insta aunque no esté dado de alta, dada su situación económica como pensionista y posible variación de la cifra reclamada.

Se invocan los fundamentos de derecho que dan base a la reclamación, reseñándose la concurrencia de los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial de la Administración y aplicación al caso del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios, y los baremos recogidos en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (en adelante, LRCSCVM); reclamándose provisionalmente para don... la cantidad de 688.852,86 euros, para doña... la cantidad de 100.000 euros, para don... la cantidad de 25.000 euros, y para doña... la cantidad de 25.000 euros.

Iniciación del procedimiento

Por Resolución 78/2014, de 22 de diciembre, del Secretario General Técnico del Departamento de Salud, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) informar a los interesados de los efectos que se podían derivar de la reclamación respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) informar del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, seis meses a contar desde el día 15 de diciembre de 2014, y de los efectos del silencio administrativo -desestimación de la solicitud e inicio del plazo de seis meses para la interposición del recurso contencioso-administrativo-; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor y notificarla a los interesados en el despacho profesional de la letrada doña...

La resolución fue notificada a los interesados, constando como fecha de su recepción el 8 de enero de 2015.

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, por escrito de 5 de febrero de 2015, el instructor solicitó al Director del... copia de la historia clínica completa de don... correspondiente a ese Complejo, relacionada con la presunta administración errónea de una ampolla de adrenalina IV durante su ingreso en UCI, a raíz

de un recambio valvular aórtico realizado el 16 de diciembre de 2013, y sus posteriores secuelas. Igualmente, se solicitó la emisión de informe a don..., Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del... Esta documentación, junto a la entregada a través del Servicio de Atención al Paciente, fue remitida con fecha 18 de febrero de 2015.

De los documentos clínicos aportados caben destacar, a los efectos de este dictamen, como más relevantes y significativos los siguientes datos:

Don..., nacido el 19 de enero de 1943, sin alergias medicamentosas conocidas, tenía antecedentes de hipertensión arterial y estaba diagnosticado de valvulopatía aórtica degenerativa, hallándose en seguimiento en consulta ambulatoria de cardiología desde el año 2009 y estable en grado funcional I hasta septiembre de 2013. En esta fecha se le diagnosticó estenosis aórtica severa con función sistólica normal (FE 60%) e insuficiencia mitral leve y, tras presentarse el caso en sesión clínica, se decidió una intervención quirúrgica programada.

En sus antecedentes personales se refiere que había sufrido trombosis femoral común superficial y profunda en el séptimo día postoperatorio de cirugía de prótesis total de cadera en el año 2001, tras la que se detectó mutación del gen de la Protrombina (20210G-A) en heterocigosis, y un nivel de proteína S en el límite bajo de la normalidad. Igualmente, se señala que fue intervenido de fisura de ano (1969), cirugía de menisco (1996), amputación distal de dedo tras traumatismo, y túnel carpiano izquierdo, en tratamiento domiciliario con amlodipino, bisoprolol, ácido acetilsalicílico, candesartan, omeprazol, simvastatina.

El 16 de diciembre de 2013 se le efectuó la intervención bajo circulación extracorpórea, con sustitución valvular aórtica e implantación de prótesis aórtica biológica Perimount Magna Aórtica nº 25, salida de bomba en ritmo sinusal. Durante la cirugía no se administra ácido tranexámico por el antecedente trombótico de la cirugía previa.

Se realizó su ingreso en la UCI, produciéndosele con posterioridad sangrado abundante por drenajes (750cc en 2h) y fluctuaciones de la tensión

arterial importantes e hipotensión de hasta 55mmhg. Se le estabilizó hemodinámicamente con perfusión de plaquetas, volumen y drogas vasoactivas, precisando desde el ingreso soporte inotrópico con dobutamina a dosis medias.

Transcurridas seis horas de estancia en la UCI y tras una correcta prueba en respiración espontánea, se procedió a su extubación.

A las 7 horas del 17 de diciembre de 2013 le fue administrada una ampolla de adrenalina IV, produciéndosele un episodio de hipertensión arterial de hasta 270mmhg, con sangrado masivo por tubos de drenaje y shock hemorrágico extremo. El cuadro se valoró como una hemorragia debida a rotura o dehiscencia de la aortotomía secundaria a hipertensión arterial. Se iniciaron maniobras de reanimación agresivas, avisando a cirugía cardíaca para revisión quirúrgica urgente, y se activó el protocolo de transfusión masiva.

Tras reapertura de la esternotomía y en un contexto de actividad eléctrica sin pulso, se localizó desgarró aórtico yuxtapuesto distal a la aortotomía. Presentaba fibrilación ventricular refractaria a desfibrilación interna, requiriendo masaje cardiaco interno durante 30 minutos. Se logró controlar el sangrado y, con dosis muy elevadas de drogas vasoactivas y aporte de volumen, se fue normalizando la hemostasia, procediendo al cierre de la esternotomía.

En momento posterior se presentó situación de fracaso multiorgánico: hemodinámico, renal, hematológico, respiratorio y neurológico. En el sexto día de estancia en UCI, mediando fracaso renal establecido y en anasarca, se iniciaron técnicas continuas de depuración extrarrenal. Permaneció en coma en las exploraciones realizadas en días siguientes.

El 25 de diciembre de 2013 se le realizó traqueostomía percutaneal sin incidentes.

El 2 de enero de 2014, se inició el destete del respirador, siendo posible la retirada definitiva de la ventilación mecánica el 7 de enero de

2014; y efectuándose el 26 de enero de 2014 la decanulación y cierre de traqueotomía.

El día 31 de marzo de 2014 fue trasladado a la planta de hospitalización convencional de Cirugía Cardíaca para continuar la recuperación, con la siguiente exploración: “paciente consciente, conexión verbal elemental y con mínima y errática respuesta motora de extremidades. Situación en ese momento de total dependencia”.

Se realizó su seguimiento por el Servicio de Rehabilitación, reseñándose que progresa en la recuperación con mejoría lenta pero progresiva, en fuerza, habla y deglución.

El 23 de abril de 2014 se le trasladó a la... para continuar rehabilitación y seguimiento. En su estancia en la... fue valorado por Neuropsicología y Neuropsiquiatría reseñándose, en el informe de fecha 19 de junio de 2014, que “el paciente presenta una afectación cognitiva en todos los dominios cognitivos que fueron posible valorar. Se objetiva una mejoría en el lenguaje a nivel expresivo con mayor fluidez verbal, capacidad de repetir frases de hasta 6 unidades y menor dificultad articulatoria. Hay otros dominios cognitivos como praxias (visioconstructiva, ideatoria e ideomotora), percepción visual o razonamiento visual que no es posible evaluar por las alteraciones a nivel visual y motor que presentaba el paciente”. El diagnóstico es “deterioro cognitivo secundario a encefalopatía anoxo-metabólica”.

El 27 de julio de 2014 se le realiza ecodoppler de miembro inferior derecho en el que se objetivaron datos de trombosis venosa profunda de femoral común, poplítea y safena mayor.

El 29 de agosto de 2014 se le da el alta, dejándose constancia que precisa ayuda de tercera persona para todas las actividades básicas de la vida diaria, así como que presenta secuelas neurológicas de deterioro cognitivo en todos los dominios valorados, tetraparesia, disartria y apraxia.

Tras el alta de la clínica se continúa con el tratamiento rehabilitador en las áreas de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, y psiquiátrico.

Informes

A solicitud del instructor del procedimiento ha emitido informe don..., Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del...

En su informe reseña que el paciente ingresó en la UCI el 16 de diciembre de 2013 para control postoperatorio, tras la intervención quirúrgica de recambio valvular aórtico que transcurrió con normalidad. No se le administró "ac. Tranexámico (tampoco en circuito de CEC) por su trombofilia (se detectó mutación del gen de la Protrombina -20210G-A- en heterocigosis, y un nivel de proteína S en límite bajo de la normalidad)". Durante el postoperatorio inmediato de la UCI, presentó inestabilidad hemodinámica con hipotensión arterial y hemorragia postoperatoria que se estabilizó tras la perfusión de plaquetas, volumen y drogas vasoactivas (dobutamina/noradrenalina); estabilizado el paciente a las seis horas de estancia en la UCI, se le retiró ventilación mecánica y tubo orotraqueal.

Se detalla el episodio de las 7 horas del día 17, en el que el paciente presentó hipertensión arterial (HTA) de hasta 270 mmHg, con sangrado masivo por tubos de drenaje y shock hemorrágico, que se interpretó como una hemorragia debida a rotura o deshicencia de la aortotomía secundaria de HTA, y que dio lugar a maniobras agresivas de resucitación incluida la apertura de tórax "in situ". El doctor... reconoce que "efectivamente, parece ser que el HTA que inicia todos los acontecimientos es debida a la administración equivocada de 1 ampolla de adrenalina precargada y no indicada en ese momento". Indica, además, que la presencia de esta medicación en el entorno del paciente se justifica «por una situación de "vigilancia armada" que se adopta cuando un paciente presenta hipotensión severa como fue el caso en el momento de ingreso en la UCI». También reseña que, como consecuencia de la parada cardiaca prolongada, se le presentó una "encefalopatía hipóxico-isquémica" de "evolución previsible con secuelas neurológicas severas".

Constan también en el expediente varios informes periciales aportados por la parte reclamante, emitidos por la doctora..., en relación con la valoración del impacto de la ampolla de adrenalina IV en resultado final del

proceso de don... de 23 de junio de 2014, y las secuelas derivadas de la encefalopatía anóxica-isquémica secundaria a la hemorragia postoperatoria masiva por rotura aórtica secundaria HTA y el periodo de sanidad provisional de 11 de noviembre de 2014 y 24 de noviembre de 2015; así como la pericial de la doctora... respecto a la valoración cardiológica del daño corporal de 17 de noviembre de 2015.

La doctora... en su informe de 23 de junio de 2014 concluyó, en atención a los hechos acaecidos y contenido del informe del Jefe del Servicio de Medicina Intensiva de la UCI, que “la situación actual del paciente con deterioro cognitivo secundario a encefalopatía anoxo-metabólica es causa directa de la administración de adrenalina IV”.

Sus informes posteriores valoraron y cuantificaron las secuelas en atención a los informes médicos, especialmente el de la doctora... de fecha 17 de octubre de 2014, señalando como estado secuelar del señor...: déficit cognitivo de todos los dominios que han podido ser valorados, tetraparesia secundaria a encefalopatía anoxo-isquémica, disartria, apraxia (visoconstructiva ideatoria e ideomotora), y perjuicio estético. En atención a los informes de Neuropsiquiatría y Rehabilitación de la... de 19 de junio de 2016, 29 de agosto y 17 de octubre de 2014, estimó de la manera siguiente los conceptos y secuelas a efectos de su indemnización:

- a) Fecha de estabilización lesional por periodo de ingreso hospitalario del 16 de diciembre de 2013 a 29 de agosto de 2014, y por periodo de días improductivos del 29 de agosto de 2014 a 16 de junio de 2015.
- b) Secuelas y valoración sobre la base de la tabla VI de la Ley 34/2003:
 - Deterioro de las funciones cerebrales superiores (20-50): 45 puntos.
 - Tetraparesia (40-50): 45 puntos.
 - Disartria (10-20): 15 puntos.
 - Apraxia (10-35): 30 puntos.
 - En atención a la aplicación de la fórmula de las secuelas concurrentes, debidas a un solo hecho, se estima el perjuicio funcional en 83 puntos.

- Perjuicio estético muy importante: (25-30): 30 puntos.

- c) IP en grado de gran invalidez, en atención al informe de la doctora... de 29 de agosto de 2014.

Posteriormente, en su informe de 24 de noviembre de 2015, la doctora... ha revisado estas estimaciones fijando la valoración del deterioro de las funciones cerebrales superiores en 35 puntos, la disartria en 11 puntos y los perjuicios funcionales en 79 puntos.

Por su parte, la doctora... en su informe sobre la valoración cardiológica del daño corporal sufrido por el señor... concluyó lo siguiente:

“1. El paciente... presentaba una valvulopatía crónica asintomática hasta septiembre 2013, realizando vida muy activa, en seguimiento periódico en consultas de Cardiología.

2. En septiembre 2013, a los 70 años de edad, comienza a presentar síntomas compatibles con angina y disnea de moderados esfuerzos en GF II (ligera limitación funcional para la vida activa), por lo que se completa estudio y se indica cirugía programada (máximo nivel de evidencia: 1).

3. Se valora el caso en sesión conjunta médico-quirúrgica del CHNa estimándose como un paciente de bajo riesgo quirúrgico (STS y EuroScore II < 1% de mortalidad), con un pronóstico tras la cirugía prácticamente superponible al de la población general.

4. Las complicaciones de este tipo de cirugía valvular en el Servicio de Cirugía Cardíaca del... del 2013 son las siguientes: mortalidad 1,78% y sangrado 5,35%.

5. La cirugía y el postoperatorio inmediato curso sin complicaciones, siendo extubado dentro de los plazos habituales en vistas a la estabilidad hemodinámica.

6. La mañana siguiente a la intervención, se le administra por error una ampolla intravenosa de adrenalina, que produce una grave elevación de la tensión arterial hasta TAS 270 mmHg. Como consecuencia de esta crisis hipertensiva, se produce la rotura de la aorta, generando una hemorragia masiva con parada cardiaca que requiere masaje cardiaco y sutura en situación muy crítica de la rotura de la pared aórtica, con transfusión simultánea masiva de 6,5 litros de sangre y 2,6 litros de plasma. Todo ello independiente del estado de coagulación (paciente padecía una alteración protrombótica) (...)

7. Como consecuencia de la prolongada situación de parada cardiaca y reanimación con grave caída de la tensión arterial por sangrado

masivo, se produce un daño cerebral isquémico con secuelas severas, permanentes e irreversibles”.

Dictamen médico.

Consta en el expediente el dictamen médico emitido por la asesoría médica... (en adelante, ...) a solicitud de la compañía... En el informe de fecha 5 de junio de 2015, suscrito por la doctora..., especialista en Medicina Legal y Forense y Jefe del Departamento de Valoración del Daño Corporal del Instituto Español de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se efectúa un resumen de los hechos en el que se reconoce que el personal de enfermería administró equivocadamente una ampolla de adrenalina IV, que generó al paciente una encefalopatía hipóxico-isquémica con previsibles secuelas neurológicas severas.

El dictamen analiza la valoración del daño corporal efectuada por la doctora... y realiza una estimación del mismo conforme al Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, advirtiendo que los informes médicos datados el 12 de mayo de 2015 se refieren a exploraciones de fechas anteriores.

Rechaza la estimación de los siguientes conceptos indemnizatorios al no haberse recogido en la pericial de parte e incluirse exclusivamente en el escrito de reclamación: IPA -100.000 euros-; perjuicios familiares -150.000 euros-; vivienda -95.862,67 euros-; vehículo -29.348,20 euros-; gastos de grúa, cama elevadora, colchón especial, silla inodoro y orinal, etc. -3.036,70 euros-; y justificantes de pago de la persona que se encarga del señor... - 3.797 euros-.

Respecto a la estabilidad lesional, la informante cuestiona el tiempo reseñado 18 meses de sanidad estimado por la doctora..., por el que se reclaman 257 días de hospitalización y 283 días impeditivos. Se apunta que la estabilidad lesional quedó constatada en el informe de rehabilitación de la doctora..., de fecha 12 de marzo de 2015, en el que se indicaba que *“les explico que existen pocos cambios a nivel funcional y que dado el tiempo de evolución, se prevé que existan pocos cambios. Llevamos un año de tratamiento y debemos pensar en pasar a tratamiento de mantenimiento”*.

Por ello, se propone que el cómputo se limite a 195 días improductivos, contados desde el 30 de agosto de 2014 hasta el 12 de marzo de 2015. Igualmente, se reseña que, de los 257 días hospitalarios, no se han descontado los de normal hospitalización y convalecencia tras una intervención cardiaca de esas características.

Por lo que se refiere a las lesiones permanentes, la informante de... se muestra conforme con la valoración de la tetraparesia secundaria a encefalopatía anoxo-isquémica en 45 puntos y apraxia (visoconstructiva ideatoria e ideomotora) en 30 puntos, planteada por la doctora... en su primer informe de 11 de noviembre de 2014.

Discrepa de la puntuación dada por déficit cognitivo de todos los dominios, que cuantifica en 20 puntos frente a los 45 puntos reclamados, en atención a que en la revisión de estimulación cognitiva del 14 de abril de 2015 se refleja que el paciente: “está conectado con la realidad y espontáneamente da su opinión respecto a diferentes temas de interés general. Es capaz de realizar cálculo mental hacia delante, deletrear palabras hacia delante, adivinanzas, refranes y frases hechas, completar frases y palabras encadenadas”. También apunta que no procede conceder puntuación por la disartria, estimada en 15 puntos en el informe de parte, por entender que este daño no es susceptible de valoración al haberse dado de alta de logopedia al paciente el 9 de enero de 2015, con una valoración de lenguaje estructurado en sintaxis y semántica.

Por aplicación de la fórmula de concurrencia de lesiones, prevista en el Anexo del Real Decreto 8/2004, se concluye que la puntuación relativa al perjuicio fisiológico debe ser de 70 puntos; mientras que por el perjuicio estético se considera procedente otorgar 25 puntos en atención al estado del señor...

También se indica que el concepto de incapacidad permanente absoluta no cabe valorarlo en el presente caso al tratarse de un paciente de 70 años de edad y pensionista.

En cuanto a la gran invalidez por necesidad de ayuda de tercera

persona, ponderada en base a la esperanza de vida media en Navarra, se estima excesiva la cantidad de 200.000 euros. Se apunta que, tras las complicaciones del suceso, las expectativas de vida del paciente han disminuido a 5 años. Se advierte, igualmente, que no procede el abono de los gastos reclamados por ayuda al lesionado de tercero puesto que la partida indemnizatoria de gran invalidez es la que cubre este concepto.

Asimismo, se considera que los daños morales complementarios no son de aplicación dado que las secuelas no superan los 90 puntos, ni siquiera tomando las propuestas por los peritos de los reclamantes.

Además, se reseña que no se ha tenido en cuenta ningún elemento corrector de disminución en base al estado previo del señor... y las complicaciones de su grave intervención. Este factor se cuantifica en un 25% en virtud del diagnóstico previo de estenosis aórtica severa con fe normal 60%, que condujo a su intervención; la presencia de hemorragia como complicación entre el 5% y 25% de los casos, cuando se incrementa el consumo de productos sanguíneos que condicionan defectos en la coagulación; y sus antecedentes personales de trombosis femoral común superficial y profunda en el séptimo día postoperatorio de cirugía de prótesis total de cadera en 2001, tras la que se detectó mutación del gen de la Protombina (20210G-A) en heterocigosis y un nivel de proteína S en el límite bajo de la normalidad.

En atención todo ello se ofrecen las siguientes conclusiones:

“1. Se reclaman 18 meses de sanidad. Esto fue una estimación prudencial y bastante acertada de la Dra..., previa a la rehabilitación. Pero, en el informe de Rehabilitación de la Dra..., de fecha 12 de marzo de 2015 ya establece la estabilidad lesional.

a. Consideramos por tanto hasta el 12 de marzo de 2015, lo que hace un total de 195 improductivos: desde el 30 de agosto de 2014, hasta el 12 de marzo de 2015, ambos incluidos.

b. Respecto de los 257 días hospitalarios calculados hay que señalar que no se han descontado los de normal hospitalización y convalecencia tras una intervención cardiaca de esas características.

2. La valoración de las secuelas realizada por la perito de los

demandantes se corresponde con el estado que reflejaba la documentación clínica del paciente en la fecha de su informe (noviembre de 2014), pero el paciente realizó rehabilitación y mejoró. Se está reclamando TODO el periodo de rehabilitación como impeditivo y nosotros lo hemos aceptado, por lo que a la hora de valorar las secuelas, hay que valorar el estado final, una vez se produce la estabilidad, no antes.

3. La valoración de las secuelas una vez producida la estabilidad, en marzo de 2015 es:

- a. Tetraparesia secundaria a encefalopatía anoxo-isquémica: 45 puntos
- b. Apraxia (visoconstructiva ideatoria e ideomotora) (10-35): 30 puntos
- c. Déficit cognitivo de todos los dominios que han podido ser valorados (20-50): 20 puntos.
- d. Disartria (10-20): 0 puntos

4. En este caso, la aplicación de la fórmula de incapacidades concurrentes arroja un resultado global de 70 puntos en concepto de perjuicio fisiológico. Además, por separado, hay que contabilizar 25 puntos de perjuicio estético.

5. En la demanda aparecen otros conceptos que la perito Dra... no recoge, como son los 100.000 euros en concepto de Incapacidad Permanente Absoluta, que no corresponde valorar pues se trataba de un paciente de 70 años de edad, pensionista.

6. Daños morales complementarios tampoco son de aplicación, pues las secuelas no superan los 90 puntos, ni siquiera tomando las puntuaciones propuestas por la perito de los demandantes.

7. Se reclaman 200.000 en concepto de gran inválido. La cantidad parece excesiva, pues se calcula ponderando la edad de la víctima (70 años) y su esperanza de vida, que actualmente está muy disminuida, pudiendo estimarse en 5 años.

8. Los gastos de la persona que ayuda al lesionado es precisamente lo que cubre la ayuda de 3ª persona, por lo que tampoco se pueden reclamar.

9. No se ha tenido en cuenta ningún elemento corrector de disminución en base al estado previo y a las complicaciones de la grave intervención, que estimamos en un 25%.

- a. Estado anterior: No se puede tener en cuenta el estado de salud previo a septiembre de 2013, sino el que llevó a la indicación quirúrgica.

b. Complicaciones de la intervención, que estimamos en un 25%. El Señor... fue sometido a una intervención muy delicada, con circulación extracorpórea, que conlleva unos riesgos y complicaciones. La hemorragia es una complicación que se presenta entre el 5 al 25% de los casos. El Señor... presentaba como otros antecedentes personales una mutación del gen de la Protrombina (20210G-A) en heterocigosis, y un nivel de proteína S en el límite bajo de la normalidad, lo cual ha contribuido a la dificultad en el control de la hemorragia”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de fecha 16 de octubre de 2015, se acordó dar trámite de audiencia a los interesados por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, presentación de otros documentos y justificaciones que se estimaran pertinentes. Asimismo, se facilitó copia de la historia clínica de don... referida a los hechos reclamados existente en el..., el informe emitido por don..., Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del..., ampliación de la Historia Clínica a fecha de 13 de mayo de 2015, con informes complementarios de Rehabilitación, Psiquiatría, Logopedia, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, así como el dictamen médico emitido por la asesoría médica...

La representación letrada de los reclamantes, por escrito de 3 de noviembre de 2015, manifestó su disconformidad con el informe pericial efectuado por..., anunciando la aportación de un informe complementario de la doctora..., sobre la situación actual del lesionado, y de un cardiólogo respecto a la situación anterior a la operación, informe de la doctora...; ambos han sido anteriormente referidos.

En el escrito se señala que no se pueden concretar los días improductivos hasta la estabilización de las lesiones, ya que el señor... fue dado de alta en la... con fecha 30 de octubre, ni tampoco las secuelas funcionales. Respecto a las secuelas estéticas, se considera improcedente que éstas se cifren en 25 y no en 30 puntos, en atención a los perjuicios y limitaciones del paciente.

También se estima concurrente la gran invalidez, a la que no cabe aplicar limitación por esperanza de vida, en atención a la puntuación dada en el informe pericial aportado y el grado de discapacidad reconocido del 87% por la

Agencia Navarra para la Autonomía del Paciente. Se indica que, de acuerdo con el Baremo de circulación que se aplica por analogía, se tiene derecho a las indemnizaciones que corresponden por gran inválido con necesidad de tercera persona y a la derivada de la incapacidad permanente absoluta, y factores que apareja –necesidad de ayuda de otra persona, adecuación de vivienda, perjuicios morales de familiares y adecuación de vehículo propio-, pues este concepto no se restringe al ámbito laboral, siendo susceptible de aplicación a todas las personas con lesiones permanentes cuyas secuelas les inhabilitan para la realización de cualquier ocupación o actividad conforme a la doctrina recogida, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, 1ª) de 8 de junio de 2011, número 383/2011.

Se aduce, además, la pertinencia de la reclamación de los daños morales complementarios por importe de 65.000 euros, en virtud del sumatorio de los puntos derivados de las secuelas funcionales y estéticas, invocando la Sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra, sección tercera, de 27 de septiembre de 2013, número 153/2013, que estima directamente adicionales tales puntuaciones.

El escrito se finaliza solicitando que se dé nuevo trámite de audiencia para la presentación de nuevos informes periciales y médicos.

Con fecha 11 de noviembre de 2015, se abrió el segundo trámite de audiencia, conforme a la solicitud presentada, a fin de que se aportara la documentación anunciada por la parte reclamante.

La representación letrada de los reclamantes presentó, por escrito de 27 de noviembre de 2015, nuevas alegaciones incluyendo las consideraciones médicas y valoración pericial de la doctora..., su informe pericial de 24 de noviembre de 2015, y la pericial cardiológica de la doctora..., respecto a la esperanza de vida y dolencia anterior del señor..., con las siguientes peticiones indemnizatorias:

- Días de baja hospitalaria 257 -18.462,88 euros- y días de baja impeditivos 430 -25.116,30 euros-, en virtud de la fecha de alta del año 2015.

- Secuelas funcionales, aplicando la formula Balthazar, 79 puntos -

117.557,53 euros-.

- Secuelas estéticas: 30 puntos -28.135,50 euros-.

- Daños morales complementarios, por secuelas concurrentes que superan 90 puntos, la suma de 65.000 euros; e incapacidad permanente absoluta, la cantidad de 100.000 euros.

- Grandes inválidos por necesidad de ayuda de otra persona, 200.000 euros; adecuación de vivienda, 95.862,67 euros; perjuicios morales familiares, 143.794 euros; y adecuación de vehículo propio, 29.348,20 euros.

- Gastos acreditados por ayuda de una persona, gastos diversos y gastos de taxi, 26.693,93 euros.

A petición de la..., se presentó ampliación de dictamen de valoración del daño corporal, emitido por la doctora... con fecha 16 de marzo de 2016, en el que se analiza comparativamente las periciales recogidas en los informes de la doctora... de 24 de noviembre de 2015 y de la doctora Idiazabal de 17 de noviembre de 2015.

En dicho informe se manifiesta la coincidencia de puntuación en cuanto a las secuelas de tetraparesia -45 puntos-, apraxia -30 puntos-, y disartria -11 puntos-; ésta última revisada a la baja por la doctora... conforme a un nuevo informe de logopedia. Se discrepa de los dictámenes presentados por los reclamantes en cuanto a la valoración de deterioro de las funciones cerebrales superiores, que se mantiene en 20 puntos frente a los 35 estimados de contrario, y el perjuicio estético cifrado de contrario en 30 puntos.

En cuanto a los días de baja se reafirma la conclusión de que, en el informe de la rehabilitación de la doctora..., de fecha 12 de marzo de 2015, ya se establecía la estabilidad lesional, debiéndose contabilizar este periodo desde el 30 de agosto de 2014 hasta el 12 de marzo de 2015. También se sigue señalando que deben descontarse, de los 257 días de hospitalización, los de normal hospitalización y convalecencia tras una intervención cardiaca de las características concurrentes al caso.

Por lo que respecta a los factores de corrección de la indemnización básica, el informe reseña lo siguiente:

1º. Se ha aplicado el factor de corrección de un gran inválido, pero con varias matizaciones: a) la ayuda a tercera persona se incluye, por lo que no puede reclamarse de nuevo por este extremo; b) el baremo fija hasta un máximo de cantidad que aumenta cada año y ésta se pondera en función de la edad de la víctima y de la incapacidad, a un varón de 70 años con supervivencia estimada de 85 años en Navarra no puede corresponderle el máximo de la horquilla; c) la supervivencia se estima en 5 años, dadas las complicaciones que concurren en el suceso y las secuelas neurológicas severas que sufre el señor...

2º. El factor corrector de incapacidad permanente sigue sin recogerse de manera diferencial en el informe de la doctora...

3º. No es aplicable el factor corrector de daños morales complementarios puesto que las secuelas no superan los 90 puntos, éstas se han concretado de contrario en 79 puntos.

4º. El elemento corrector de disminución debe elevarse de 25% a 31,13%.

A este efecto se indica que la historia natural de la estenosis aórtica hace que durante mucho tiempo los pacientes se encuentren asintomáticos –clínicamente bien-. Sin embargo, cuando aparecen los síntomas, está indicado intervenir de sustitución porque la mortalidad aumenta mucho, como ilustra la perito cardiólogo de los demandantes: “Cuando aparecen los síntomas, aunque sean leves, el pronóstico es sombrío, y la supervivencia es escasa a menos que se corrija la obstrucción al flujo de salida. Las curvas de supervivencia obtenidas a partir de estudios muestran una supervivencia de 1-5 años desde el inicio de los síntomas”. Por ello, se ha de tomar como estado anterior, la situación clínica en el momento prequirúrgico. Este grado funcional II se corresponde con la clase 2 y conlleva por sí mismo una discapacidad del 24%, a lo que hay que añadir su hipertensión arterial y la estenosis valvular mitral leve.

Se apunta, igualmente, que concurre un elemento corrector de disminución por las complicaciones de la intervención, cifrado en el 6,13%, en atención a que el informe de la especialista cardiológica cuantifica en 5,35% la complicación de hemorragia en la aórtica, y a ello se añade un 0,78% por ictus permanente.

En el informe se recoge que el señor..., como otros antecedentes personales, cuenta con una mutación del gen de la Protrombina (20210G-A) en heterocigosis, y un nivel de proteína S en el límite bajo de la normalidad. Ello ha contribuido a dificultar el control de la hemorragia, como se reseña en el informe de la perito cardiólogo aunque no determine porcentajes: “la administración de ácido tranexámico a dosis bajas en pacientes con riesgo moderado de sangrado perioperatorio (...). En el caso del Sr Igarreta no se administró por ser portador de una mutación del gen de la Protrombina (2021 OC-A) en heterocigosis y un nivel de proteína 5 en el límite bajo de la normalidad, habiendo padecido previamente una trombosis femoral. A priori era mayor el riesgo trombótico que hemorrágico, por lo que su administración podría provocar más riesgo que beneficio. De hecho, en muchos de los estudios sobre inhibidores fibrinolíticos, el que el paciente padezca un trastorno de coagulación es un criterio de exclusión”.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., por presuntos daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el..., que se cuantifica en 104.971,99 euros.

En ella se recoge la relación de hechos, admitiéndose la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, conforme a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), por la errónea administración de una ampolla de adrenalina IV. Considera que no resulta posible la estimación total de la reclamación planteada, en virtud de las siguientes razones.

El concepto indemnizatorio de incapacidad permanente absoluta, cuantificado en la reclamación en 100.000 euros, no se recoge en los informes periciales de la doctora... y no se aporta reconocimiento de incapacidad por las instituciones correspondientes, siendo el reclamante un pensionista de 70 años.

No procede la partida de daños morales complementarios al no darse los presupuestos del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, que determina que una sola secuela ha de exceder de 75 puntos o las concurrentes de 90 puntos. En las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes e incapacidad temporal ya se incluyen los daños morales (Tablas III y V), como se reseña en la Sentencia del Tribunal de Justicia de Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2ª), de 2 julio de 2009, número 1391/2009.

La partida por el factor de corrección de gran invalidez, cuantificada en 200.000 euros, solo está justificada en estados de coma vigil, tetraplejía o ceguera completa, situación que no se da en este caso. En el supuesto de considerarse aplicable, se advierte que resulta excesiva “pues se calcula ponderando la edad de la víctima (70 años) y su esperanza de vida, que actualmente está muy disminuida”, se estima en “5 años”.

No proceden los gastos de ayuda de tercera persona por no objetivarse el estado de gravedad necesario.

En cuanto a la indemnización por incapacidad temporal, en atención al informe de la Compañía Aseguradora y el de Rehabilitación de la doctora... de fecha 12 de marzo de 2015, se reconoce la existencia de 195 días impeditivos. Respecto de los días de hospitalización, se señala que no se han descontado los que supondrían de ordinario la intervención y postoperatorio de la compleja operación.

La propuesta de resolución asume las valoraciones de puntuación coincidentes de los informes de tetraparesia secundaria a encefalopatía anoxo-isquémica de 45 puntos, apraxia de 30 puntos y disastria de 11 puntos. En cuanto al déficit cognitivo, se decanta por la puntuación dada

por... a la secuela en atención a la situación actual del señor... (20 puntos). Aplica la fórmula de las incapacidades concurrentes del apartado segundo, letra b) del Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004 al perjuicio fisiológico y se reconocen por este concepto 74 puntos.

En cuanto al perjuicio estético, indicando que cabe valorarlo como “bastante importante” (25-30 puntos), se acepta la puntuación menor de 25, frente a los 30 reclamados, en atención a la entidad del daño y edad del paciente.

La suma total admitida es 152.420 euros (1.424,55 € x 74 puntos de perjuicio fisiológico: 105.416,7 €, 1.424,55 € x 25 puntos de perjuicio estético: 35.613,75 €; 195 días impeditivos: 11.389,95 euros).

Se aplica también, sobre la base del apartado primero, 7º del Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004 y la jurisprudencia existente en esta materia, el criterio de reducción detallado en el último informe de..., que estimaba un factor de disminución del 31,13%, resultando la cantidad final a indemnizar de 104.971,99 euros (152.420,4 euros - 47.448,4 euros).

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., en representación de don..., doña..., don... y doña..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios. 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, vigente en el momento de realizarse la petición de dictamen, ordenaba que se consultara 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.

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 presente dictamen se emite con carácter preceptivo en cumplimiento de lo establecido en el artículo 16.1.i) de la LFCN, precepto aplicable por razones temporales, ante la ausencia de previsiones específicas, en la recientemente aprobada Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra, con entrada en vigor el 16 de junio de 2016, sobre los procedimientos ya iniciados, por extensión analógica de lo establecido en la disposición transitoria segunda de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y la disposición transitoria segunda de la LRJ-PAC.

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 correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constanding además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia, y defensa que corresponde a los reclamantes, otorgándoles la posibilidad de conocimiento íntegro de las

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

II.2^a. 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. Existencia de la responsabilidad patrimonial

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 dictámenes anteriores (entre otros, 7/2014, de 10 de marzo y 4/2015, de 26 de enero), 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.

En el presente caso, según se reseña en el informe del doctor... el daño sufrido por el paciente, la encefalopatía hipóxico-isquémica y sus secuelas neurológicas severas, tuvieron su origen en “la administración equivocada de 1 ampolla de adrenalina precargada y no indicada en ese momento”. No hay duda de que el daño sufrido por el paciente se debió a una actuación antijurídica de la Administración que el particular no tiene el deber jurídico de soportar, concurriendo todos los presupuestos necesarios para apreciar la existencia de la responsabilidad patrimonial al haberse generado los daños como consecuencia del error de enfermería en la

administración de una ampolla de adrenalina IV. Ello, además, ha sido manifiestamente reconocido por la Administración Pública, como queda evidenciado en la propuesta de resolución que se acompaña al expediente.

En consecuencia, es indubitada la existencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración y su deber de resarcimiento de los daños y perjuicios derivados por el error en la administración de una ampolla IV de adrenalina a don..., debiéndose entrar a valorar las secuelas y daños sufridos por éste como consecuencia de esa actuación sanitaria.

II.3. Indemnización: valoración y cuantificación del daño

Para dilucidar sobre estas cuestiones partiremos de los informes médicos y los dictámenes que obran en el expediente, unos aportados por los reclamantes en justificación de sus pretensiones indemnizatorias y otros emitidos por... a instancia de la compañía... En todos ellos se han tomado como referencia las previsiones recogidas en el Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

De su contraste se advierte la existencia de discrepancia entre los reclamantes y la Administración en cuanto a las partidas que resultan indemnizables y la cuantificación que ha de darse a ellas, justificadas en los informes de... y en la propuesta de resolución por las circunstancias concretas concurrentes en el caso y situación actual del señor...

Antes de adentrarnos en el análisis pormenorizado de la valoración de los distintos conceptos que se reclaman, y la puntuación que puede estimarse como más plausible en atención al estado secuelar del señor..., debe recordarse, como reseñó este Consejo en su dictamen 31/2013, de 9 de septiembre de 2013, que en el marco de la responsabilidad patrimonial sanitaria el sistema de valoración que se acoge en el LRCSCVM tiene carácter orientativo y no vinculante. Así se ha reconocido por el Tribunal Constitucional, en su sentencia número 180/2007, de 10 de septiembre de 2007, de denegación del amparo por inaplicación del baremo a secuelas

físicas derivadas de la responsabilidad patrimonial sanitaria, advirtiendo que “la aplicación del baremo para determinar la cuantía indemnizatoria no era obligatoria, al estar limitado a los supuestos de responsabilidad derivada de accidentes de circulación, sino meramente orientativa, lo que impide que pueda apreciarse una vulneración del artículo 24.1 CE porque no se haya hecho una aplicación literal o en toda su extensión del mismo”.

Este ha sido, además, un criterio reiterado por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, entre otras, en su sentencia de 17 de julio de 2014, con la afirmación de que “la utilización de algún baremo objetivo puede ser admisible, pero siempre y cuando se utilice con carácter orientativo y no vinculante, ya que debe precisarse y modularse al caso concreto en el que surge la responsabilidad patrimonial, sin perjuicio, claro está, de la incidencia que debe tener la existencia de precedentes jurisprudenciales aplicables al caso que nos ocupe (...) para la realización de tal cuantificación puede acudir al baremo establecido para el Seguro Obligatorio del Automóvil, pero ello con carácter orientativo (...) por lo que no puede acogerse la alegación de la parte que exige que la indemnización se acomode a dicho baremo y considera contraria a derecho la sentencia de instancia en cuanto no se ha ajustado al mismo y por la misma razón no puede imponerse una valoración fundada en dicha exigencia”.

Cuestión que supone, en definitiva, como señaló la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 23 junio de 2004 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 1ª), número 523/2004, que: “A la hora de fijar la cuantía indemnizatoria, en base al artículo 141 de la Ley 30/1992, se considera adecuado partir como pauta de la que aporta el sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación que parte de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de seguros privados. Ahora bien, dado que el baremo de valoración del seguro de uso y circulación de vehículos de motor no ha de tener carácter vinculante en la fijación de la indemnización en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración es perfectamente admisible que se tome como criterio orientativo y se ajuste seguidamente a las circunstancias del caso, que junto al carácter de deuda

de valor de la indemnizatoria, aconseja y obliga a matizar el resultado cuantitativo que se deduce del indicado baremo”.

La modificación de ese régimen por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, no han variado hasta la fecha esos parámetros. La disposición adicional tercera de esta ley remite a un futuro desarrollo normativo el sistema de baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria: “El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria”.

Debe, además, tenerse en cuenta la doctrina reiterada, sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), de 18 junio 2012, que establece que la indemnización ha de responder al principio de reparación íntegra de los daños y perjuicios causados, atendiendo a las circunstancias personales, laborales y familiares de los reclamantes.

Ello exige una apreciación racional, aunque no matemática, dadas las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas físicas, psíquicas y subjetivas en una suma de dinero, especialmente cuando se trata de compensar daños corporales, morales o psicológicos como acontece en el presente caso.

a) Perjuicios fisiológicos.

Del contraste de los informes periciales de la doctora..., presentados por la parte reclamante, y los emitidos por... se comprueba, como así se ha reseñado en la propuesta de resolución de la Administración, que se ha alcanzado consenso en la valoración y puntuación de las siguientes secuelas:

- Tetraparesia secundaria a encefalopatía anoxo-isquémica: 45 puntos.
- Apraxia (visoconstructiva ideatoria e ideomotora): 30 puntos.

- Distrasia: 11 puntos.

No existe, sin embargo, acuerdo en la cuantificación secular del “déficit de todos los dominios que han podido ser valorados” (20-50 puntos), manteniéndose entre los informes de una y otra parte una diferencia de 15 puntos.

La doctora... en su primer informe cuantificó esta secuela en 45 puntos, posteriormente ha reducido la puntuación a 35, en atención a la situación del paciente e informes del servicio de neuropsiquiatría y neuropsicología.

En los informes de... se ha puntuado este concepto secular de manera constante en 20 puntos, entendiendo que esta baremación se ajustaba a la situación del paciente, conforme a los informes médicos obrantes en el expediente y horquilla de puntuación. Ello parece que ha de considerarse así, ya que la propia doctora..., en su informe de 24 de noviembre de 2015, reconoce que esta secuela de deterioro de las funciones cerebrales superiores se encuentra integrada en la categoría de moderada (20-50), y respecto de ella señala que “el cuadro evoluciona favorablemente con la estimulación cognitiva en el domicilio constatando mejoría en la velocidad de procesamiento de la información, en la atención y memoria de trabajo hecho probado con el informe del 21/11/2015”.

Precisamente, fueron los datos que se tuvieron en cuenta por... para la valoración de esta secuela los que llevaron a la doctora... a modificar su criterio inicial y reducir su cuantificación, dado el informe de revisión de estimulación cognitiva de 14 de abril de 2015: “está conectado con la realidad y espontáneamente da su opinión respecto a diferentes temas de interés general. Es capaz de realizar cálculo mental hacia adelante, deletrear palabras hacia adelante, adivinanzas, refranes y frases hechas, completar frases y palabras encadenadas”.

En atención a todo ello, dada la aplicación al caso de la fórmula recogida en el apartado segundo, letra b), 2º del Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004 para las incapacidades concurrentes, $[M+(100 -M)xm]/$

100), procede estimar un total de 74 puntos en concepto perjuicio fisiológico, lo que arroja la suma total de 105.416,7 euros (1.424,55 euros x 74).

b) Perjuicio estético

En la reclamación se solicita, en atención al informe de la doctora... de 11 de noviembre de 2014, que califica el perjuicio estético como muy importante, la puntuación máxima prevista en el baremo (25-30): 30 puntos.

La propuesta de resolución, sobre la base del informe de..., admite la indemnización por este concepto y la cifra en 25 puntos, advirtiendo que conforme a la tabla del capítulo especial de perjuicio estético, éste sería un perjuicio “Bastante Importante” de susceptible puntuación entre 25 - 30.

Conforme a las previsiones normativas del baremo, la determinación de los puntos por este particular ha de tener presente y ponderar, regla cuarta, que la puntuación obedezca a “la expresión de un porcentaje de menoscabo permanente del patrimonio estético de la persona. 50 puntos corresponden a un porcentaje del 100 por cien”; y considerar, regla séptima, que se cumpla con el criterio de que un “perjuicio estético importantísimo corresponde a un perjuicio de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal”.

Siendo ello así, parece que la cuantificación de este perjuicio en 25 puntos es adecuada y se corresponde con las circunstancias de señor..., dada su situación y edad.

En consecuencia, por este concepto habría que estimar una indemnización de 35.613,75 euros (1.424,55 euros x 25 puntos).

c) Daños morales complementarios

En los informes emitidos por... se indica que no corresponde la estimación de esta partida puesto que, conforme a lo previsto en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, sólo cabe su valoración cuando una sola secuela excede de 75 puntos o las concurrentes superan

los 90 puntos, hecho que se afirma no concurre en este caso. Los reclamantes discrepan de esta valoración entendiendo que las secuelas físicas y estéticas resultan concurrentes a los efectos previstos en la norma y su sumatorio cumple con esa exigencia taxativa del mínimo de 90 puntos que prevé el baremo.

En relación con esta cuestión, el Tribunal Supremo (Sala de lo Civil), en su sentencia de 30 de abril de 2012, número 289/2012, ha admitido “la procedencia del mecanismo consistente en computar de modo conjunto los puntos por daño fisiológico y estético a los efectos de su posterior valoración económica («Si además de las secuelas permanentes se valora el perjuicio estético, los puntos por este concepto se sumarán aritméticamente a los resultantes de las incapacidades permanentes, sin aplicar respecto a aquéllos la indicada fórmula»)”. Indicándose en un supuesto semejante al que nos ocupa que «aquí ha de tenerse en cuenta la suma aritmética de puntos pues se habla de puntuación correspondiente a "secuelas concurrentes" y no la "puntuación conjunta" que se obtiene tras la aplicación de la fórmula de Balthazar, lo que pone de manifiesto la voluntad del legislador de referirse en este caso a la suma aritmética y no a la ponderada» (STS de 15 de julio de 2013, número 490/2013).

Esta interpretación jurisprudencial de la norma, aunque aplicada al ámbito de la responsabilidad civil derivada de los accidentes de circulación, puede extenderse por analogía al ámbito de la responsabilidad patrimonial por error sanitario. Hay que advertir que, en la propuesta de resolución, no se niega la susceptibilidad de indemnización de este concepto, sino la falta de concurrencia de los requisitos reseñados en la norma, por lo que cabe la extensión interpretativa anteriormente reseñada.

En atención a todo ello, dado que la suma aritmética de los puntos obtenidos por secuelas físicas, cifrada en 74 puntos, y los daños estéticos, fijada en 25 puntos, supera los 90 puntos -99 puntos- ha de considerarse la pertinencia de la reclamación por esta apartado.

En cuanto a su cuantificación, en la reclamación se ha valorado este concepto en la cantidad de 65.000 euros, lo cual puede resultar plausible

desde la perspectiva del principio de reparación íntegra, dada la entidad de las secuelas sufridas por el señor..., su estado emocional por ello y su ponderación conforme al importe máximo fijado para este factor de corrección en el baremo -95.882,67 euros-.

d) Incapacidad permanente absoluta y grandes inválidos.

No se ha recogido en el informe pericial de la doctora..., ni se ha valorado de manera diferenciada, el concepto indemnizatorio independiente de la incapacidad permanente absoluta. De ello se hace eco el informe de... y la propuesta de resolución, que abunda en la circunstancia de que el reclamante, en el momento de producirse los hechos, era un pensionista de 70 años para no estimar este concepto.

Hay que destacar que, como ha reconocido la STS (Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 6^o) de 11 de mayo de 2015, no se infringe el principio de reparación integral si las lesiones sufridas tienen adecuada reparación con las indemnizaciones previstas, puesto que “la aplicación del baremo del RD Legislativo 8/2004, sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos de motor, no tiene carácter vinculante (...) su aplicación se efectúa a efectos orientadores o analógicos, sin que limite las facultades de la Sala en orden a la concreción de la indemnización que estime aplicable para procurar la indemnidad del perjudicado, en atención a las circunstancias concurrentes”.

Por el contrario, en el informe de... de 5 de junio de 2015 y su ampliación de 18 de marzo de 2016 se destaca que “el Señor... es un gran inválido”, y que le es de aplicación el “factor corrector de grandes inválidos”; si bien, conforme contempla la tabla IV del Anexo, también advierte que este factor debe ponderarse conforme a “la edad de la víctima y grado de incapacidad para realizar las actividades más esenciales de la vida”, planteándose una corrección, por el decaimiento de las expectativas de vida de 15 a 5 años, en atención a que el estado actual de salud del señor... “es de secuelas neurológicas severas, lo que conlleva una esperanza de vida disminuida”.

Considerando lo expuesto, cabe estimar la pertinencia de la partida indemnizatoria por gran invalidez; y, puesto que a través de este concepto se resarce la necesidad de ayuda de tercera persona, dado que los reclamantes han acreditado unos gastos mensuales de 1.018 euros por este particular, habría que reconocer una suma que conforme a lo indicado por... en cuanto a las expectativas de vida probables permitiera sufragar la ayuda de una tercera persona, que cifradas en un periodo de cinco años supondría la cantidad de 61.080 euros (1.018 euros x 60 meses).

En cuanto a la cantidades interesadas por los reclamantes para adecuación de vivienda (95.862,67 euros), vehículo propio (29.348,20 euros) y perjuicios morales de familiares (143.794 euros), montos reclamados que constituyen el tope máximo de la tabla IV, se advierte que no han sido recogidas en los informes periciales de la doctora...; y, respecto de los dos primeros conceptos, tampoco se han aportado gastos efectivos de la adaptación material que suponen.

Se acreditan, en cambio, los gastos de otros elementos (grúa para levantar al señor..., cama elevadora, colchón y sobre colchón, silla de inodoro y orinal), por importe de 3.036,70 euros, que resultarían de susceptible indemnización en atención al principio de reparación íntegra.

No procede la estimación de los gastos efectuados por ayuda de tercera persona al ser objeto propio del resarcimiento por gran invalidez.

e) Incapacidad temporal

De los informes periciales aportados por los reclamantes y los emitidos por... se desprende que, si bien se admitió inicialmente como correcta la valoración de los 18 meses de curación, ésta se restringió después ante la mejoría del paciente por el tratamiento rehabilitador y estabilidad lesional.

Esa estabilidad lesional parece que se constató, según ha quedado reflejado en el informe de rehabilitación de la doctora... de fecha 12 de marzo de 2015, al señalarse: *“que existen pocos cambios a nivel funcional y que dado el tiempo de evolución, se prevé que existan pocos cambios. Llevamos un año de tratamiento y debemos pensar en pasar a tratamiento*

de mantenimiento”.

A tenor de ello, se ha estimado en los informes de... que los días improductivos a valorar serían “desde el 30 de agosto de 2014, hasta el 12 de marzo de 2015, ambos incluidos”; lo que entraña un total de 195 días y arroja la cantidad total de 11.389,95 euros (195 días x 58,41 euros).

Por lo que se refiere a la indemnización por días de hospitalización, fijados en 257 días en la reclamación, se reconoce en las periciales de... y la propuesta de resolución, que habría que descontar los normales de hospitalización y convalecencia tras una intervención cardiaca de esas características. A pesar de este reconocimiento, no se indica en los informes el número de días que cabría considerar, en este caso concreto, como de razonable hospitalización y recuperación a efectos de la valoración de este apartado.

Según la literatura médica, la hospitalización para este tipo de intervenciones se suele situar entre cuatro días y una semana, cifrándose el proceso de convalecencia entre cuatro y seis semanas, aunque puede ser superior dependiendo de la situación previa del paciente. Dada la falta de criterio pericial sobre este extremo y tomando como base esa estimación media general en su predicción más prolongada, por los antecedentes del reclamante, resultaría plausible considerar que deben ser descontados de los 257 días de hospitalización acreditados los días equivalentes a siete semanas, promedio temporal en este tipo de intervenciones para la hospitalización y convalecencia. Por tanto, habría que indemnizar un total de 208 días de baja hospitalaria (257 días - 49 días), que supondrían la suma de 14.942,72 euros (208 días x 71,84 euros).

f) Elemento corrector de disminución en atención al estado anterior.

Por último, procede valorar si ha de aplicarse al caso el factor corrector para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes del apartado primero, 7º del Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, que dispone que “son elementos correctores de disminución en las indemnizaciones por lesiones permanentes, la subsistencia de incapacidades preexistentes o

ajenas al accidente que hayan influido en el resultado lesivo final”. Así se ha estimado por... en sus informes apuntando que, en el estado secuelar del señor..., incidieron factores anteriores y ajenos a la asistencia por la que reclama.

De la documentación e informes médicos que obran en el expediente se desprende que la intervención a la que se sometió el señor... fue debida a la necesidad de la actuación de cirugía sobre él, por los episodios de dolor torácico y disnea de esfuerzo, sufridos en septiembre de 2013, con el diagnóstico de estenosis aórtica severa con fe normal 60%. El dictamen aportado por los reclamantes de la perito cardiólogo resulta, en este punto, por sí mismo significativo: “cuando aparecen los síntomas, aunque sean leves, el pronóstico es sombrío, y la supervivencia es escasa a menos que se corrija la obstrucción al flujo de salida. Las curias de supervivencia obtenidas a partir de estudios muestran una supervivencia de 1-5 años desde el inicio de los síntomas”.

En consecuencia, cabe concluir que la situación clínica del señor..., en el momento prequirúrgico, era la del padecimiento de patología de entidad que le conminaba a que fuera sometido, según se indica en el informe de..., a una operación “muy delicada, con circulación extracorporeal, que conllevaba unos riesgos y complicaciones”.

A ello se une, según se ha venido reseñando en los informes periciales, que el señor... padecía otros factores de riesgos que incidieron en la producción de los sucesos. Así, la doctora... en la ampliación de su dictamen ha indicado que “el señor... presentaba como otros antecedentes personales una mutación del gen de la Protrombina (20210G-A) en heterocigosis y un nivel de proteína S en el límite bajo de la normalidad, lo cual ha contribuido a la dificultad en el control de la hemorragia y que también refiere la perito cardiólogo, aunque no ha dado porcentajes”.

La existencia de estos factores de riesgo también se ha reconocido en el informe de la cardióloga doctora..., quien ha señalado (sic) que:

“Existen en literatura una gran cantidad de estudios sobre la administración de ácido tranexámico a dosis bajas en pacientes con

riesgo moderado de sangrado perioperatorio (a favor en contra de su uso), siendo su uso todavía controvertido, el caso Igarreta no se administró por ser portador de una mutación del gen de la protrombina (202 IOG-A) en heterocigosis normalidad y un nivel de proteína S en el límite bajo de la normalidad, habiendo padecido previamente una trombosis femoral. A priori era mayor el riesgo trombótico que hemorrágico, por lo que su administración podría provocar más riesgo que beneficio. De hecho, en muchos de los estudios sobre inhibidores fibrinolíticos, el que el paciente padezca un trastorno de la coagulación es criterio de exclusión.

Entre los factores de riesgo que se asocian a mayor incidencia de trombosis presentaba este paciente, siendo un paciente de muy alto riesgo de trombosis tal como recalca Servicio de Anestesia Reanimación en su informe de valoración preoperatoria en noviembre del 2013: tromboembolismo previo (postcirugía de cadera en 2001) trombofilia (alteración de la coagulación: mutación gen de Protrombina en heterocigosis nivel de proteína en el límite bajo de la normalidad)".

Por tanto, en el paciente concurrían circunstancias de salud anteriores y factores de riesgo que confluyeron en el fatal suceso y sus secuelas. No se puede desconocer que si se indemnizase el total de la cuantía sin aplicar el factor corrector del apartado primero, 7º del Anexo del Real Decreto 8/2004, se estaría obviando que el paciente presentaba una grave patología y antecedentes que influyeron en el proceso secuelar y le abocaron a una compleja cirugía en la que se produjeron las citadas complicaciones.

Como se ha señalado por la jurisprudencia, si no se tuvieran en cuenta estos parámetros se estaría asumiendo que es la Administración sanitaria quien ha producido la enfermedad al paciente, extremo totalmente alejado de la realidad de los hechos, puesto que la enfermedad es una situación anterior y ajena al actuar administrativo del que en consecuencia no puede responsabilizarse la Administración. Así se ha indicado, entre otras, en la sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 18 de Julio de 2012 (número 00938/2012), y 31 de octubre de 2014 (número 1330/2014) en las que se dice que:

“Habrá de aplicarse, en hipótesis de manejo del Baremo del RED 8/2004, el 1.7 del Anexo que señala que son elementos correctores de disminución en todas las indemnizaciones, incluso en los gastos hospitalarios, en las lesiones permanentes, la subsistencia de incapacidades preexistentes que hayan influido en el resultado lesivo

final; y, no nos encontramos ante una paciente sana, sino ante una persona que acude por presentar una patología, una situación previa de la que no se puede responsabilizar al Sergas, y, así, el cálculo realizado por la demandante parte de una situación que supondría que la Administración Sanitaria creó la patología por la que (se) acudió a recibir asistencia”

En atención a todo lo expuesto cabe estimar, conforme se destaca en el último informe de..., en atención a los informes médicos y periciales aportadas, la concurrencia de un factor corrector de disminución en la valoración indemnizatoria por el resultado lesivo de un 31,13 % (25% de reducción por el estado previo, 5,35% por complicación de hemorragia en la aórtica y 0,78% por riesgo de ictus permanente).

En consecuencia, dado que la suma total por los conceptos que se han reconocido indemnizables aplicando el Baremo arroja la cantidad total de 293.443,12 euros, y vista la procedencia de la aplicación del factor corrector de 31,13 %, este Consejo considera que la cantidad con que debe ser indemnizado el señor... por todos los conceptos es de 204.185,66 euros (296.479,82 euros - 92.294,16 euros).

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por doña..., en nombre y representación de don..., doña..., don... y doña..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe ser parcialmente estimada y reconocerse a don... una indemnización en los términos expuestos en el cuerpo del dictamen.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.