

Expediente: 21/2016

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

Dictamen: 33/2016, de 27 de junio

DICTAMEN

En Pamplona, a 27 de junio de 2016,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfonso Zuazu Moneo, Consejero actuando en funciones de Presidente, don Alfredo Irujo Andueza, Consejero-Secretario, doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Iruretagoyena Aldaz y doña Socorro Sotés Ruiz, Consejeras y Consejero,

siendo ponente don Alfonso Zuazu Moneo

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 (en lo sucesivo, LFCN), vigente en el momento de la solicitud de nuestro dictamen, se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don..., actuando en nombre y representación de doña..., y sus hijos..., ... y ..., solicitado por la Orden Foral 40/2016, de 22 de abril.

Se acompaña a la consulta el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la citada Orden Foral 40/2016, de

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

I.2ª. Antecedentes de hecho y procedimiento tramitado

A) Reclamación de responsabilidad patrimonial

El 11 de febrero de 2014, don..., actuando en nombre y representación de doña..., y sus hijos..., ... y ..., interpone reclamación de responsabilidad patrimonial contra la “Administración Sanitaria de Navarra”, y contra su “Compañía Aseguradora de responsabilidad civil”, por la que califica de anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que “llevaron al fallecimiento de D...”.

Se mantiene en la reclamación que don..., de 38 años de edad, gozaba de buena salud y no tenía antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia, excepción hecha de “asma infantil” y diagnóstico en 2012 de “sensibilización a los ácaros del polvo, y alergias alimentarias al kiwi, huevo, pescado, pollo y marisco”.

La reclamación relata que a principios del año 2013 “... sufrió un catarro con tos y expectoración, por lo que acudió a su médico de Atención Primaria, que le recetó Cetirizina (antihistamínico) Paracetamol (analgésico) y Niflactol (AINE: antiinflamatorio no esteroideo), tras cuya ingesta “... sufrió un cuadro de Edema facial, con oliguria, aumento de 4 kg en dos días y orinas oscuras”, por lo que acudió el 17 de enero de 2013 al Servicio de Urgencias del..., antiguo..., en el que le practicaron “radiografía de tórax y abdomen, ECG y análisis de sangre y orina”, recibiendo el alta con el juicio clínico de “Edema en relación a la toma de AINEs”, con la indicación de evitar estos fármacos y “sin ningún tratamiento”. Sigue la reclamación manifestando que a finales de ese mismo mes “... presentó un cuadro de fiebre de hasta 39º, dolor de oídos, garganta y adenopatías dolorosas en el cuello”, acudiendo al médico de Atención Primaria, que le recetó “Paracetamol (analgésico) y Amoxicilina (antibiótico)”, tras cuya toma el paciente sufrió de nuevo los síntomas de “edema facial, oliguria y aumento de 6kg en 5 días”, remitiéndosele por su médico de cabecera al Servicio de Urgencias, al que acudió el 4 de febrero de 2013, con nueva práctica de

radiografía de tórax, abdomen, análisis de sangre y orina, descartándose “patología urgente” y con diagnóstico de “edema a estudio”, remitiendo al paciente al Servicio de Medicina Interna.

El 11 de febrero de 2013 acude al Servicio de Medicina Interna en el que se le practica una “analítica específica” para descartar un posible “Enema angioneurótico”, y sin conocer todavía sus resultados “... volvió a encontrarse mal”, subrayando la reclamación que “en esta ocasión no había tomado ningún medicamento”, por lo que acudió al Servicio de Urgencias, refiriendo que era la tercera vez que acudía y relatando “sus anteriores episodios”, practicándosele “analítica, ECG y radiografía de tórax, y se tumbó al paciente en una camilla a la espera de resultados, con una vía con suero fisiológico”, experimentando al intentar levantarse “un cuadro de mareo e hipertensión, quedándose lívido”, por lo que se le aumentó el ritmo de suero y se le indicó “elevara las piernas por encima del nivel de la cabeza”, resultando que “los análisis estaban correctos, salvo un dato, el Hematocrito, que aparecía elevado”, por lo que se le realizó una nueva analítica, durante la que padeció más episodios de mareo e hipotensión, que fueron tratados con suero “sin darle más importancia”. Esta segunda analítica “confirmó la alteración del Hematocrito”, decidiéndose su ingreso en planta del Servicio de Medicina Interna para estudio.

Durante su ingreso “... estaba sufriendo continuos episodios de mareo o hipotensión a pesar del flujo continuo de suero que le estaban poniendo”, además “no estaba orinando”, disponiendo el médico de guardia “le pusieran otra vía con otro suero en el otro brazo, para ver si así mejoraba, si bien relata la reclamación que el paciente “cada vez estaba peor, más cansado y adormilado” por lo que, dice el escrito, que los familiares “reclamaban que el paciente no podía estar así en una habitación, que lo ingresaran en la UCI, con más control”. Se le practicó TAC torácico para descartar “Tromboembolismo pulmonar”, con resultado negativo, si bien el paciente no remontaba la tensión y demostrando los análisis “el hematocrito elevado, una leucocitosis en aumento y deterioro de la función renal”, por lo que se le añadió “tratamiento antibiótico empírico” y dado que “el paciente estaba cada vez peor” se le trasladó a la UCI del... “ya que no había camas en la UCI del...”.

Recoge la reclamación que a su ingreso en la UCI “el paciente estaba hemodinámicamente inestable, con hipotensión y taquicardia, iniciándose perfusión de drogas vasoactivas y sueroterapia intensa”, a pesar de lo cual el paciente “estaba en shock por lo que se procedió a su intubación”, intentándose “técnicas de remplazo renal, se administraron antibióticos, antihistamínicos y corticoides, dados sus antecedentes alérgicos, pero sin respuesta clínica”, evolucionando “hacia un fallo multiorgánico, falleciendo a las 8:00 del día 18 de febrero de 2013, con el diagnóstico de shock distributivo de origen no filiado (anafilaxia? Séptico?)”.

Destacando la reclamación que “a los familiares no se les dio ninguna explicación de lo sucedido”, enfatizando que “... había fallecido a los 38 años de edad, sin que los médicos supieran explicarles qué le había ocurrido”, practicándose la autopsia que “no aclaró tampoco, según los especialistas del Servicio Navarro de Salud, la causa del fallecimiento.

La reclamación, tras invocar para justificar el derecho a la salud el artículo 43 de la Constitución; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, invoca también como fundamento legal de la responsabilidad patrimonial de la Administración el artículo 106 de la Constitución y los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, mantiene la existencia de un daño individualizado en el fallecimiento de don... que, dice, “fue consecuencia del funcionamiento anormal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”, sin interferencias o inmisiones que rompan el nexo causal y sin tener “la esposa viuda y los hijos –todos reclamantes en este trámite-, el deber jurídico de soportar el fallecimiento de su esposo y padre, al no existir justificación posible”, señalando la obligación de la Administración de “dejar indemne a la víctima o sus herederos, compensándolos de modo que queden restaurados o compensados del daño sufrido”, evaluando “los daños y perjuicios causados a los reclamantes en TRESCIENTOS MIL EUROS (300.000.-€)”, sin ofrecer en su escrito mayor justificación sobre la procedencia del importe de la cantidad reclamada.

Se aportan adjuntos a la reclamación diversos informes médicos que documentan las circunstancias de hecho mantenidas en la reclamación.

B) Instrucción del procedimiento

En el expediente consta la resolución de 18 de febrero de 2014 por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, se nombra instructora del procedimiento, se le informa del plazo máximo para resolver y de los efectos que produce su transcurso sin haberse dictado resolución expresa, e igualmente se le informa de que la tramitación de su reclamación “puede implicar el acceso a los datos de la historia clínica del paciente que puedan estar relacionados con el objeto de la misma”.

A solicitud de la instructora del procedimiento, constan en el expediente copias de la historia clínica remitidas tanto por Atención Primaria como por el...

De la documentación clínica aportada cabe señalar, al igual que lo hacen los informes médicos obrantes en el expediente, que los síntomas, patologías y actuaciones llevadas a cabo por los servicios sanitarios que relata la reclamación, son en términos generales coincidentes con las circunstancias que resultan de la documentación que integra la historia clínica del paciente, si bien esa adecuación o conformidad no se extiende a algunas consideraciones que realizan los reclamantes que no resultan acreditadas por la documentación obrante en el expediente.

Resulta así que efectivamente el 17 de enero de 2013 el paciente acudió al Centro de Atención Primaria por sufrir cuadro catarral con rinorrea y dolor faríngeo, presentando edema facial, aumento de peso y oliguria, siendo derivado al..., en el que se le atiende en el Servicio de Urgencias, al que comunica el paciente que cinco meses antes había tenido un cuadro similar coincidiendo con otro proceso infeccioso respiratorio. De la exploración resulta buen estado general, practicándose diversas pruebas que llevan al diagnóstico de “Edema en relación con la toma de AINEs”, siendo dado de alta en el Servicio de Urgencias.

El 30 de enero de 2013 acude a la consulta de su médico de cabecera por padecer dolor de garganta y fiebre alta siendo correcta la exploración física, prescribiéndose antibióticos (Amoxicilina). De nuevo el 4 de febrero acude a consulta, refiriendo el paciente que si bien ha mejorado del proceso catarral ha engordado desde la última consulta 6 kg., habiendo vomitado y notando la cara y manos inflamadas, con dificultades para orinar, derivándosele al Servicio de Urgencias, en el que tras la realización de las exploraciones y pruebas pertinentes se descarta la necesidad de atención urgente, remitiéndose al paciente al Servicio de Medicina Interna. El 11 de febrero acude a consulta del citado servicio, en el que tras nueva realización de pruebas se diagnostica "*Alergias, asma y posible edema angioneurótico*".

El 17 de febrero de 2013 el paciente acude otra vez al Servicio de Urgencias aduciendo padecer malestar general, fiebre, mareos, náuseas y vómitos, junto con lumbalgia, recibiendo la correspondiente atención, realización de pruebas, en las que se detecta un hematocrito elevado, y sufriendo el paciente durante su estancia en urgencias episodios de mareos y malestar general, con hipotensión, lo que lleva a su ingreso en el Servicio de Medicina Interna, en el que padece una hipotensión sostenida y taquicardia, que no mejoran con la sueroterapia intensiva, practicada hasta por dos vías simultáneas.

Ante esos síntomas, se practica TC de abdomen para descartar "*tromboembolismo pulmonar*" y otras causas de la sintomatología, interviniendo el Servicio de Radiodiagnóstico para descartar derrame pericárdico, manifestando el paciente no haber tomado la ingesta de cualquier tipo de sustancia farmacológica y cualquier tipo de clínica alérgica. De la prueba resulta un pequeño infiltrado inflamatorio en base pulmonar derecha, si bien llama la atención el notable desarrollo muscular abdominal e hipertrofia de tejido miocárdico izquierdo. De los informes médicos emitidos resulta que "desde la primera llamada de enfermería hasta su traslado a las 23:00 permanece un médico, al menos, de M. Interna o de la UCI en la planta de hospitalización".

A esa hora, al haber empeorado el paciente, se le traslada a la UCI del... (...), por no haber camas disponibles en la UCI del... (...), ingresando

hemodinámicamente inestable con hipotensión y taquicárdico iniciándose perfusión con vasoactivos y sueroterapia intensa, no revirtiendo la situación a pesar de las medidas, apreciándose un empeoramiento clínico dada la situación de hipotensión severa y acidosis, por lo que se procede a intubación ortotraqueal, iniciándose técnicas continuas de reemplazo renal, con administración, dados los antecedentes alérgicos del paciente, de antihistamínicos y metilprednisolona, evolucionando el paciente a pesar de ello a síndrome de disfunción multiorgánica (hemodinámica, hepática, renal) sin respuesta. Se producen paradas cardiorrespiratorias, realizándose maniobras de soporte vital que no resultan efectivas, falleciendo don... a las 8.00 horas del día 18 de febrero de 2013.

Tras el fallecimiento la familia acepta la realización de necropsia clínica, en la que no se identifican datos que permitan identificar las causas del shock, concluyendo en la existencia de “lesiones multiorgánicas secundarias a shock de causa no establecida”.

C) Informes

Previo requerimiento de la instructora del procedimiento han emitido informes, que obran en el expediente remitido a este Consejo, los Servicios de Urgencias Generales, de Medicina Interna B, del Servicio de Medicina Intensiva A, todos ellos del..., constando también informe clínico del médico de familia del Centro de Salud de... sobre la atención sanitaria prestada.

El Jefe del Servicio de Urgencias Generales emite informe, de 17 de marzo de 2014, en el que señala que, en su opinión, “las diversas atenciones que se producen a la vista de la documentación clínica a D ... son correctas desde el punto de vista de “lex artis” tanto en Urgencias, consultas de Medicina Interna como durante el breve ingreso antes del fallecimiento”, resultando inútiles “todos los esfuerzos hechos para diagnosticar y tratar con éxito al paciente”.

En el informe emitido por el Servicio de Medicina Interna-B, de 27 de marzo de 2014, se contienen algunas puntualizaciones a las afirmaciones que contiene el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, poniendo de manifiesto el informante que no fueron necesarios diversos

avisos al médico de guardia puesto que fue avisado una sola vez y a partir del aviso fue continuamente atendido; que la “hipotensión es mantenida, no episódica”; que el paciente “se mantiene cansado desde que le vemos la primera vez”; que en relación a la supuesta tardanza en decidir el ingreso del paciente en la UCI, el informante relata que “cuando evaluamos la situación, tomamos dos decisiones; realizar un TAC para descartar un proceso tromboembólico, y comunicar a los médicos de la UCI el paciente, para valoración por su parte .../... el paciente fue vigilado continuamente desde que somos avisados en la planta por primera vez.../... en esta vigilancia participan activamente las facultativas de la UCI .../... Todas las decisiones en cuanto administración de sueros y de fármacos se hace consensuadamente con la UCI .../... Enfermería refuerza su presencia en la planta con una enfermera más, para atender correctamente al paciente”.; siendo la decisión de ingresar en la UCI adoptada “porque empezaron a aparecer signos de fallo orgánico, decisión tomada por las facultativas de la UCI que, como se ha dicho, estuvieron pendientes del paciente de forma continuada”.

En el citado informe se desmiente a los reclamantes sobre una supuesta ausencia de información, manteniendo que “mientras estuvo en la planta mantuvimos contacto continuo con sus familiares .../... En cuanto a las explicaciones de qué había ocurrido, es cierto que no se les pudo explicar la causa última del shock distributivo que sufría el paciente y que incluso la necropsia tampoco pudo explicar”, concluyendo el informe desde la perspectiva general de la atención prestada al paciente que “se utilizaron los recursos que se consideraron necesarios para su mejor atención, sin restricciones, y nos consta que se siguió el mismo criterio en la Unidad de Cuidados Intensivos. Desde el principio nos preocupó la situación clínica del paciente como se puede colegir de las actuaciones realizadas, aunque desgraciadamente nuestros esfuerzos no se tradujeron en la resolución de la patología de D...

Por último, el informe del Servicio de Medicina Intensiva de la UCI-A, tras recoger los síntomas del paciente señala que “la hipótesis más razonable apunta a un shock distributivo secundario a reacción anafiláctica o bien un shock tipo séptico”, por lo que se le “administran todo tipo de

medidas encaminadas a tratar empíricamente la posible causa etiológica”, si bien “el shock presentado por el paciente resulto arreactivo (irreversible) a todo tipo de medidas aplicadas”, abundando en que “el estudio necrópsico no ha arrojado luz sobre ninguna causa reconocible, sí ha servido para descartar lesiones orgánicas tipo colecciones, abscesos o focos de infección así como procesos isquémicos (isquemia mesentérica)”, siendo a su juicio la causa del fallecimiento “un shock distributivo de causa no aclarada” que apunta a un “estado de hipersensibilidad y shock anafiláctico”, habiendo sido tratado el paciente “en tiempo y forma a la luz de los conocimientos actuales” y recibiendo la familia “todo tipo de explicaciones al ingreso del paciente en UCI y posteriormente”, si bien no pudieron explicar a la familia las causas íntimas del cuadro de shock “debido a que no existía certeza diagnóstica lo mismo que no existe actualmente a la luz de los estudios realizados”.

Finalmente, se integra en el expediente administrativo dictamen médico emitido por..., elaborado a solicitud de la aseguradora del riesgo de responsabilidad de la Administración Foral, suscrito por los médicos, especialistas en Medicina Interna, Sres..., ..., ... y ..., en el que tras examinar la reclamación, la historia clínica y los informes médicos obrantes en el expediente, establecen las circunstancias de hecho concurrentes, con extensa exposición de los resultados de las pruebas practicadas al paciente, tras lo que realizan una serie de consideraciones sobre el conjunto de signos, síntomas y alteraciones que integran el “shock” en sus diferentes manifestaciones y causas, para luego proyectarlas sobre el caso examinado, manteniendo que aquí “inicialmente el shock era difícilmente reconocible (posiblemente porque aún no se había desarrollado) porque cuando llegó a urgencias, el paciente tenía una tensión arterial normal y no presentaba ninguno de los datos indicados anteriormente”. Se reflejan los sucesivos descartes de manifestaciones típicas de shocks que llevaron a cabo correctamente los servicios sanitarios (cardíaco, obstructivo, hipovolémico), hasta llegar al shock distributivo del diagnóstico final, descartándose entre éstos adecuadamente el shock endocrino, el farmacológico, neurogénico, quedando “únicamente el shock anafiláctico y el shock séptico para los cuales el enfermo recibió tratamiento de forma empírica, por cubrir todas las posibilidades”, señalando no obstante que “este enfermo no presentaba una

clínica sugestiva de shock séptico y tanto la proteína C reactiva como la procalcitonina fueron normales con lo que la posibilidad de que fuese un shock séptico era muy remota. Sin embargo se inició tratamiento empírico con antibióticos por la remota posibilidad”.

Concluye en todo caso el informe que “el paciente falleció como consecuencia de un shock de causa desconocida que condujo a fracaso multiorgánico”, respecto del que “a pesar del amplio estudio realizado no se encontró la causa del shock”, estimando que “la familia fue adecuadamente informada de lo ocurrido al paciente, como se desprende de los informes clínicos de Medicina Interna y de la UCI y como debió hacerse al solicitar el permiso para realizar estudio necrópsico”, admitiendo que “no era posible informar de la causa última del shock que ocasionó la muerte, porque no se conocía la causa”, y sin que, en definitiva, el eventual retraso en el traslado a la UCI fuera “la causa del empeoramiento de la función renal”, por cuanto “estuvo bien sustituido por la vigilancia intensiva de la planta”, recapitulando que “el fallecimiento del paciente se produjo por la grave enfermedad que padeció y no como consecuencia de la atención médica que fue adecuada en todo momento. Creemos que la actuación seguida con este enfermo ha sido correcta y acorde a la lex artis ad hoc”.

D) Trámite de audiencia

Mediante oficio de 9 de febrero de 2015 se notifica al representante de los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de diez días hábiles para la presentación, en su caso, de nuevas alegaciones y de cuantos documentos y justificaciones estimase pertinentes. Así mismo, se facilitaba al reclamante copia de la historia clínica del paciente, de los informes médicos y de los dictámenes emitidos por la asesoría médica aportados por la aseguradora.

No consta en el expediente que se formularan alegaciones, si bien mediante escrito de 4 de febrero de 2015 se solicitó por los reclamantes la expedición de certificado de acto presunto, que se emitió por la Directora Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el 10 de febrero de 2015, haciendo constar que “a esta fecha se ha producido silencio

administrativo negativo al no haberse dictado la correspondiente resolución en el plazo máximo fijado para resolver, pudiendo entender desestimada dicha solicitud de indemnización”.

E) Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada. En su fundamentación, tras extraer los datos más significativos de la historia clínica del paciente y analizar el marco normativo de la responsabilidad patrimonial de la Administración, así como la jurisprudencia que la interpreta y aplica, propone la desestimación de la reclamación a la vista de que los informes emitidos acreditan que la actuación llevada a cabo por los profesionales sanitarios “fue en todo momento correcta”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN, ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros, cifrándose la presente reclamación en 300.000 euros, resultando de aplicación dicho precepto por razones temporales en interpretación 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, e igual disposición de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo

Común, y todo ello ante la ausencia de previsiones específicas sobre los procedimientos ya iniciados 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.

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

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

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

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

Sin perjuicio de ello, se ve obligado este Consejo a recordar la obligación de la Administración de adoptar las medidas oportunas para remover los obstáculos que retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los

interesados, disponiendo lo necesario para eliminar toda anomalía en la tramitación de los procedimientos al objeto de que los ciudadanos vean satisfecho su derecho a obtener una resolución expresa en plazo (artículos 41 y 42 de la LRJ-PAC, entre otros), máxime habida cuenta que en este caso entre el trámite de audiencia y la redacción del informe jurídico que precede a la propuesta de resolución transcurre un plazo superior a un año, que no se encuentra en modo alguno justificado.

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

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

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

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

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas

de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

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

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

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

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será

preciso acudir al criterio de la "lex artis" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la "lex artis" y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida ("lex artis"). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha "lex artis"; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "lex artis" (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

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

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cual es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

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

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

En nuestro caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial parte de la imputación de un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios que en modo alguno se justifica y ni siquiera se identifica. El escrito de reclamación se limita a describir las circunstancias concurrentes y a exponer los fundamentos jurídicos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, para luego afirmar apodócticamente que “el fallecimiento del paciente fue consecuencia del funcionamiento anormal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”, sin embargo carece el escrito de reclamación del menor esfuerzo por intentar identificar aquella actuación, u omisión, de los servicios sanitarios con los que pretende establecer la necesaria relación de causalidad entre el servicio público y el fallecimiento del marido y padre de los reclamantes.

Solamente con ocasión de describir los hechos se advierte una velada imputación a la actuación sanitaria de un supuesto retraso en el ingreso del paciente en la UCI o, luego, a la ausencia de explicación a los familiares de las causas que derivaron en el fallecimiento del paciente. Sin embargo, y por el contrario, los informes que constan en el expediente, que ciertamente admiten la inexistencia de plaza en la UCI del..., y que por ello se decidió el traslado del paciente a la UCI de..., rechazan que esa circunstancia hubiera condicionado la adopción en el momento adecuado en orden al traslado del paciente a los cuidados del Servicio de Medicina Intensiva, afirmando la permanente atención al paciente dado su estado de gravedad y lo infructuoso de los tratamientos que se le iban aplicando, además de resultar del expediente que la atención al paciente, aun antes de ese ingreso, fue permanentemente consensuada entre los médicos de los Servicios de Medicina Interna y de Medicina Intensiva. Todo ello sin olvidar que en ningún

momento alude la reclamación a que ese supuesto retraso hubiera podido tener, o hubiera tenido, incidencia alguna en el fallecimiento.

Por otra parte, y manteniendo aquí el mismo reparo a la formulación de la reclamación de no haber realizado esfuerzo alguno en establecer su relación con el fallecimiento, se alega por los reclamantes la ausencia de explicaciones sobre las causas del fallecimiento. Los informes emitidos por los servicios médicos niegan esa ausencia de explicaciones, que afirman se mantuvieron durante todo el proceso asistencial al paciente, y que si no llegaron a identificar la causa del fallecimiento es porque, como honestamente señalan, no la conocían con exactitud, y ni siquiera después de la necropsia se llegó a determinar con seguridad esa causa o ese conjunto de ellas que derivaron en el fallecimiento del paciente.

En consecuencia, no le falta fundamento a la propuesta de resolución cuando desestima la reclamación de responsabilidad señalando que si bien la asistencia sanitaria, los tratamientos prestados, no fueron suficientes para impedir el fallo multiorgánico, ello no tiene su origen en la falta de la diligencia debida en los servicios sanitarios, en los médicos que le atendieron, “que pautaron las actuaciones, ingresos y traslados pertinentes en cada momento, según se desprende de las conclusiones del informe precedente, sin infracción de la *lex artis* indicada para el caso concreto, y por tanto no generando la obligación de la Administración sanitaria de responder por el fallecimiento”,

En definitiva, frente a los silencios e inactividad de la reclamación se encuentra este Consejo con abundante información facilitada por el expediente administrativo, en el que se integra reflejo de todas las actuaciones sanitarias y los informes médicos correspondientes a la mismas, que demuestran la inexistencia de errores o deficiencias en la asistencia sanitaria prestada que permitan dudar sobre su adecuación o su conformidad a la *lex artis* que les resulta exigible.

En consecuencia, no se puede apreciar en este caso la existencia de un daño antijurídico que los interesados no tengan el deber jurídico de soportar, al que alude la reclamación y del que se pueda derivar ninguna

clase de responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que los profesionales de los citados servicios actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don..., actuando en nombre y representación de doña..., y sus hijos..., ... y..., debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.