



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **122/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de mayo de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 16 de junio de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **220/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 4 de marzo de 2008, x y otros presentaron un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS).

En síntesis, en el mismo expresan que el 26 de mayo de 2006, el hijo y hermano de los reclamantes (de tres años y medio) fue llevado a su centro escolar, "*Cristo Crucificado*", de Cieza; al apreciar su profesora sobre las 11 horas que se encontraba mal, con fuertes vómitos y diarrea, lo envió a casa, donde unos familiares lo trasladaron de inmediato al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Cieza, donde le atendió una médico que le diagnosticó "*diarrea*" y le prescribió medicación para ello. A las 17,15 horas del mismo día, como el niño no mejoraba volvieron a dicho Centro de Salud, donde le examinó otra facultativa que, aunque consideró que el estado del niño no revestía gravedad, para mayor tranquilidad de los padres los remitió al hospital "*Virgen de la Arrixaca*", de Murcia, sin enviarlo en ambulancia. Cuando llegaron a este hospital hubieron de guardar turno y cuando el Médico de Urgencias examinó al menor requirió a otros facultativos que, de forma inmediata, lo asistieron con urgencia. Sin embargo a las pocas horas del ingreso el niño fallecía (a las 10,40 horas del siguiente día 27).

En opinión de los reclamantes, la causa del fallecimiento fue el retraso en la asistencia dispensada por los facultativos que le atendieron en el Centro de Salud de Cieza, que erraron en el diagnóstico, así como el retraso del personal encargado de la admisión de pacientes en el Servicio de Urgencias del hospital "*Virgen de la Arrixaca*", porque consideran que el tiempo de diagnosis era fundamental para la aplicación del tratamiento adecuado, y que cuando el niño llegó a dicho hospital ya era demasiado tarde, entrando en estado de shock y falleciendo en pocas horas.

Añaden que por los hechos relatados se tramitaron diligencias penales ante el Juzgado de Instrucción nº 1 de Murcia, con el nº de diligencias previas 1840/06, que se sobreseyeron mediante auto de 15 de enero de 2008, notificado el 23 del mismo mes y año.

Reclaman indemnización por el fallecimiento del niño, que evalúan en 104.716,47 euros, de los que le corresponderían a los padres 88.562,94 euros, y al hermano menor de edad 16.153,53 euros. A su escrito adjuntaban diversa documentación sobre la asistencia sanitaria dispensada al niño y sobre las diligencias penales, y proponían diversas pruebas.

SEGUNDO.- El 18 de marzo de 2008 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, que fue notificada a los interesados.

Asimismo, se solicitó a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia copia de la historia clínica del niño en el Centro de Salud de Cieza e informes de los facultativos que lo atendieron en el mismo. La misma documentación se solicitó al hospital "Virgen de la Arrixaca".

TERCERO.- Habiéndose solicitado a la Dirección de los Servicios Jurídicos de la CARM copia de las diligencias previas nº 1840/2006 que se siguieron en el Juzgado de Instrucción nº 1, de Murcia, dicho Centro Directivo las remitió en fecha 2 de abril de 2008.

CUARTO.- Mediante oficio de 21 de abril de 2008, la Gerencia de Atención Primaria de Murcia remitió copia de la documentación relativa a la asistencia dispensada al niño el 26 de mayo de 2006 por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) del Centro de Salud de Cieza, Murcia, indicando que no constaba más historia clínica, y dos informes de las facultativas de dicho Servicio que lo atendieron en la referida fecha:

- Informe de 18 de abril de 2008, de la Dra. x, que expresa lo siguiente:

"En relación al caso del menor x, atendido por mí el día 26 de mayo del 2006, tengo que decir que yo, x, trabajaba en esas fechas en Cieza y a las 14.10 horas le atendí estando de servicio en urgencias.

Este niño desplazado al parecer de Granada (temporeros) no poseía registro ni historial en Cieza.

Le asistí de un proceso gastroentérico (vómitos y diarrea), estando el niño afebril y con normal estado general, efectuándole una exploración completa. No se me refirió ningún antecedente de enfermedad. Le prescribí Motilium (antiemético), Ultralevura (bacilos de flora intestinal) y suero oral (dieta-rehidratación), para su proceso.

Creo que le asistí al comienzo de un proceso, 2 horas después de haber comenzado los síntomas; 4 horas después le volvieron a ver en Urgencias, donde aparecieron síntomas nuevos de distensión de abdomen y dolor abdominal, 2 horas después de esto es visto en Urgencias del Infantil de la Arrixaca, donde aparecen otros síntomas de empeoramiento.

Finalmente como resultado tuvo una enterocolitis necrotizante-séptica fulminante, debido al antecedente personal que se vió en la autopsia y que no estaba diagnosticado de enfermedad de Hirschsprung congénita.

Que en estas condiciones, de no ser diagnosticada al nacimiento, como complicación puede dar este proceso fatalmente letal por sepsis debido a una infección por Clostridium difficile. Algo difícilmente previsible cuando se ve a un niño con gastroenteritis aguda igual que muchos otros que atendemos con el mismo diagnóstico y tratamiento en el mismo día".

- Informe de 9 de abril de 2008, de x, que expresa lo siguiente:

"El día 26 de mayo de 2006, a las 17:40, según consta en la hoja de atención de urgencias, asistí al menor x, aquejado de un cuadro gastrointestinal. Presentaba desde esa mañana vómitos y diarrea oscura, pero no negra, sin productos patológicos, sin fiebre, en tratamiento con sueroral, ultralevura y motilium, y habiendo comenzado con dolor abdominal esa misma tarde. En la exploración física de ese momento se aprecia que el niño tiene buen estado general, con auscultación cardio-pulmonar normal, presentando un abdomen blando y depresible, aunque distendido, timpánico y sin ruidos intestinales, por lo que con el diagnóstico de sospecha de dolor abdominal/distensión abdominal se remite al servicio de urgencias infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, tal y como consta en la hoja de asistencia, tanto en letra como señalando las casillas de urgente al hospital y HUVA. La derivación fue hecha por medios propios ante el buen estado general del niño, que en ese momento no revestía la gravedad que, tras unas horas de evolución del cuadro sin tratamiento, presentó.

Ante lo cual considero que: primero, el diagnóstico no fue errado, toda vez que con la exploración realizada y los medios disponibles en ese momento la sospecha adecuada es dolor abdominal y distensión abdominal. Y segundo, reiterando lo dicho anteriormente, la derivación, tal como queda claramente expresada en la hoja de asistencia, fue urgente al hospital por medios propios, no por criterio familiar".

QUINTO.- Mediante oficio de 5 de junio de 2008 el citado hospital remitió la historia clínica del paciente y varios informes, de los que se destaca lo siguiente:

- Informe de 10 de abril de 2008, del ATS-DUE x, que expresa lo siguiente:

"PRIMERO.- Que presto mis servicios como ATS/DUE Unidad de Urgencias Infantil del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

SEGUNDO.- Que en fecha 7 de junio de 2002, 2 minutos después de facilitar los datos del paciente en Administración, se asiste al menor x, tal y como consta en la ficha de triaje que obra en el expediente facilitado.

TERCERO.- A continuación se pide a los padres que desnuden al menor, procediendo a su peso, temperatura, saturación, frecuencia cardíaca y tensión arterial, cuyos parámetros coinciden con el nivel 3 marcado en la hoja de triaje.

CUARTO.- Siendo el diagnóstico vómito y diarrea, se le da oral suero a las 19:49 horas.

QUINTO.- Aproximadamente a los 30 minutos de pasar por el triaje, el menor se dirige a la consulta médica para ser examinado por un pediatra, según consta también en el expediente que se me facilita, actuando de tal modo ya que los parámetros se encontraban dentro de la normalidad".

-Informe de 4 de junio de 2008, del Jefe del Servicio de Pediatría, Dr. x, que expresa lo siguiente:

"1º) El menor x ingresa en Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de la Arrixaca el día 26 de Mayo de 2006 a las 22 horas con Sepsis de origen abdominal. Unas diez horas antes había comenzado el proceso con una diarrea tras haber tomado un pastelito de chocolate. Había sido asistido en el Servicio de Urgencias de Cieza, que recomienda su asistencia en el Hospital Virgen de la Arrixaca por diarrea y distensión abdominal. A su llegada a urgencias del hospital unas dos horas después, se realiza triaje para evaluación de la urgencia de su asistencia y se encuentra con nivel de consciencia normal, afebril (36°C), presión arterial normal (116/66 mmHg), saturación de oxígeno normal (93%) aunque taquicárdico (177 l.p.m.).

2º) Cuando es asistido se comprueba que su estado ha empeorado notablemente, con aumento de la distensión abdominal, disminución de la presión arterial (85/60 mmHg), taquicardia importante (220 l.p.m.) y riesgo vital, por lo que se administra inmediatamente suero salino y oxígeno y se traslada a Cuidados Intensivos. El diagnóstico que se establece es el de Shock séptico de origen intestinal, iniciándose el tratamiento consistente en la administración de líquidos intravenosos, medicación inotrópica y antibióticos intravenosos (tras recoger muestra de heces para cultivo). La radiografía simple de abdomen muestra gran dilatación del marco cólico sin signos de perforación intestinal. Así pues, se considera el diagnóstico de Megacolon tóxico como origen del proceso abdominal que dio lugar a la sepsis, el shock, el fallo multiorgánico que se siguió y finalmente el fallecimiento, que se produce a las 10.40 horas del 27 de Mayo de 2008.

3º) El Megacolon tóxico es un proceso consistente en la dilatación de todo el colon acompañada de sepsis que se presenta como una complicación de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa), de la Enfermedad de Hirschsprung, de la Colitis pseudomembranosa por *Clostridium difficile*, otras Colitis bacterianas (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*) o la Colitis amebiana. El diagnóstico es difícil hasta que se aprecia la dilatación cólica en la radiografía, pero en esos casos la perforación intestinal es inminente y la mortalidad alcanza el 25% e incluso el 50% si hay perforación de colon; por tanto es importante sospecharlo en los casos con Enfermedad inflamatoria intestinal o en la Enfermedad de Hirschsprung.

4º) En el caso de x, no hay diagnóstico previo ni de Enfermedad inflamatoria intestinal ni de Enfermedad de Hirschsprung. Así pues, la sospecha diagnóstica en la que debe basarse el diagnóstico precoz era imposible en este caso. Por otro lado, el informe del médico forense al que he tenido acceso no informa de ulceraciones en colon sugestivas de enfermedad inflamatoria intestinal (Colitis ulcerosa en este caso) y se informa expresamente de que hay una ampolla rectal dilatada, lo que hace poco probable el diagnóstico de la Enfermedad de Hirschsprung. En esta enfermedad, la ausencia de células ganglionares en zonas distales del colon provoca la contracción permanente de la musculatura lisa de estas estructuras. Esa contracción actúa como obstáculo para la defecación y, como mecanismo de lucha del intestino grueso contra esa obstrucción, el colon se dilata adquiriendo el aspecto de megacolon que da nombre a la enfermedad. Con estas consideraciones, la dilatación de la ampolla rectal sería más bien un signo contrario al diagnóstico de Enfermedad de Hirschsprung, salvo en el caso de la

forma llamada ultracorta, en la que el segmento sin células ganglionares es prácticamente sólo de la zona anal. En esta forma ultracorta es extraordinariamente extraño un debut en forma de megacolon tóxico. En el informe forense, se informa de que se remite una pieza para estudio de aganglionismo, cuyo resultado desconozco, y que es esencial para establecer o no el diagnóstico.

5º) Considerando que es poco probable que la causa del megacolon tóxico correspondiera a una enfermedad previa, lo más probable es que sea debida a infección del aparato digestivo. A favor de esta consideración está el hecho de que la diarrea comienza poco después de la ingesta de un pastelillo de chocolate (que podría ser una fuente de infección), aunque no puede ser demostrado porque no pudo aislarse germen patógeno en los heces y no pudo investigarse el pastelillo como fuente de contagio. La imposibilidad para realizar la identificación de la toxina de la bacteria *Clostridium difficile* impide excluir esta causa como causante de la enfermedad.

6º) Respecto a la asistencia prestada, fue la adecuada y esencialmente centrada en la administración de líquidos y medicación inotrópica como tratamiento del shock, así como antibióticos intravenosos para luchar contra la probable infección que estaba causando el proceso de sepsis. Por otro lado se solicitó la asistencia del Cirujano infantil para que evaluara si el proceso era susceptible de tratamiento quirúrgico y que éste descartó. Por otro lado, debe entenderse que la situación clínica del paciente era crítica y la posible intervención quirúrgica, que en su caso podría haber sido una colectomía total, es de tal envergadura y tal riesgo quirúrgico que en buen sentido clínico, lo más probable es que, de haberse evaluado como opción terapéutica, hubiera sido descartada".

SEXTO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 24 de julio de 2008, aportado por la compañía aseguradora del SMS, realizado por tres especialistas en Pediatría, en el que, tras analizar los antecedentes y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1. El paciente x fue valorado en el Centro de Salud de Cieza a las 11:00 h. del 26 de mayo de 2006. Fue correctamente diagnosticado de gastroenteritis aguda, sin presentar en ese momento criterios de ingreso hospitalario. El niño fue revalorado posteriormente a las 17:15 h. en el mismo Centro de Salud de Cieza y fue correctamente derivado al Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia ante la ausencia de ruidos hidroaéreos en la auscultación abdominal.

2. Una vez allí, la persona encargada de admisión de pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital confirmó la presencia de una urgencia, sin datos iniciales que hicieran pensar que se pudiera comprometer la vida del niño. Fue clasificado en un nivel III sobre IV por lo que se atendió primero a otros pacientes más graves (niveles I y II). Durante el tiempo de espera el cuadro del niño empeoró rápidamente, por lo que fue trasladado directamente al Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.

3. La evolución de la enfermedad fue fulminante, con resultado de éxitus en menos de 24 horas desde que se iniciaron los síntomas. Aunque no se pudo aislar ningún germen específico, algo que no es siempre posible, es evidente que la sintomatología de x era compatible con un cuadro infeccioso. La evolución fulminante del cuadro podría estar relacionada con la agresividad del germen, así como también con factores individuales del huésped, muchos de los cuales aún son desconocidos.

4. El diagnóstico inicial fue correcto, y su traslado al Hospital bien indicado. La atención en el Servicio de Urgencias y posteriormente en Cuidados Intensivos también se adecuó a tiempos razonables. La evolución fatal

del caso está relacionada con el cuadro fulminante que desarrolló x, no con una mala actuación médica pediátrica por parte de los profesionales de la salud que le atendieron, que fue ajustada a lex artis".

SÉPTIMO.- Solicitado en su día informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 30 de enero de 2013, en el que, tras analizar los antecedentes y realizar diversas consideraciones médicas, se concluye lo siguiente:

"(...) En este caso no hay diagnóstico previo de Enfermedad inflamatoria intestinal, ni de enfermedad de Hirschsprung, por lo que no podía haber diagnóstico de sospecha.

Tampoco demuestra la autopsia lesiones en la mucosa intestinal que indique la existencia de enfermedad inflamatoria. El niño presentó diarrea, distensión abdominal y en la exploración inicial del hospital las contantes eran normales, salvo taquicardia, sin fiebre, sin alteración del nivel de conciencia, no hacían pensar en una urgencia vital. La evolución fue fulminante a la sepsis. Tras el diagnóstico, la asistencia prestada fue adecuada, esencialmente centrada en la administración de líquidos y medicación inotrópica como tratamiento del shock, así como antibióticos intravenosos para luchar contra la posible infección que estaba causando el proceso de sepsis.

CONCLUSIONES

1. La actuación en el servicio de urgencias tras la primera asistencia fue correcta, ante los síntomas que presentaba y, sin criterios de hospitalización, se remitió al domicilio con tratamiento sintomático.
2. La actuación en el servicio de urgencias tras la segunda asistencia fue correcta, ante la persistencia de síntomas y aparición de signos nuevos, se derivó al hospital de referencia.
3. Cuando ingresó en urgencias del HUVA, la Tria del paciente de III sobre IV fue de acuerdo a la sintomatología que presentaba. El triaje en un servicio de urgencias es fundamental para su organización.

Durante la espera, el cuadro del niño empeoró rápidamente, por lo que fue trasladado directamente al Servicio de cuidados intensivos, la evolución fulminante del Megacolon tóxico fue lo que llevó al resultado de éxitus en menos de 24 horas desde el inicio de los síntomas, siendo la actuación de los profesionales adecuada a tiempos razonables".

OCTAVO.- Otorgado trámite de audiencia y vista del expediente a los interesados, los reclamantes tomaron vista del mismo, pero no consta la presentación de alegaciones.

NOVENO.- El 26 de mayo de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria; en síntesis, por considerar, conforme con lo expresado en los informes médicos emitidos, que no concurre la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y los daños por los que se reclama indemnización.

DÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes, en su calidad de padres y hermano del fallecido, por cuyo fallecimiento, en concepto de daño moral, solicitan indemnización, están legitimados para deducir la respectiva pretensión resarcitoria.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay objeción que señalar, vistas las fechas de los hechos y de las diligencias penales, que interrumpieron en su día el transcurso del referido plazo.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares,*

en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

I. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente 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 si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos

intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Los reclamantes imputan a los servicios sanitarios un retraso diagnóstico y asistencial que consideran que contribuyó al fallecimiento de su hijo y hermano, respectivamente, en los términos expresados en su reclamación, a la que en este punto nos remitimos.

Sin embargo, no aportan informe médico alguno acreditativo de tales alegaciones, lo que ya por sí sólo justificaría la desestimación de su reclamación. No obstante lo cual, los informes médicos emitidos en el procedimiento, más los emitidos por el forense en las diligencias penales de referencia, reseñados en los Antecedentes, a los que nos remitimos, coinciden en que no existió ninguna infracción a la *"lex artis ad hoc"*, pues la asistencia y la actitud sanitaria fue adecuada a los síntomas que en cada momento presentaba el niño, tratándose, lamentablemente, de un proceso de evolución fulminante de megacolon tóxico frente al que la ciencia y técnica médicas no ofrecen actualmente remedio posible en las circunstancias en que apareció dicha patología.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No habiéndose acreditado la existencia de una incorrecta praxis médica en la asistencia sanitaria cuestionada en la reclamación de referencia, no existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar responsabilidad patrimonial, entre tales actuaciones sanitarias y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.