



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **257/2016**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de septiembre de 2016, 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 Excma. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 11 de agosto de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **321/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 16 de febrero de 2010 se presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial formulado por x, y, dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresan lo siguiente.

El día 24 de diciembre de 2009, sobre las 13 horas, llevaron a su hija menor de casi dos años, x, al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Alquerías, donde se encontraba su pediatra, porque desde hacía dos días tenía toses, mucosidades y fiebre, habiendo llegado a vomitar en algún momento el antipirético (Dalsy) que le daban. Tal día la pediatra se limitó a auscultar a la niña por encima de la ropa y le prescribió un mucolítico y un broncodilatador, además del citado antipirético. Insatisfechos con tal atención, ese mismo día, sobre las 17.50 horas, acudieron al Servicio de Urgencias (de Pediatría) del Hospital Universitario "*Virgen de la Arrixaca*" (HUVA), donde, según se refleja en el informe de alta que adjuntan, la exploraron, le realizaron varias pruebas (de imagen y analíticas), con diagnóstico de síndrome gripal, manteniendo el tratamiento anterior, más lavados nasales, estando pendiente de los resultados de un análisis de PCK virus respiratorio, remitiendo a la niña a su domicilio sobre las 20.30 horas, a pesar de seguir con fiebre y con los síntomas por los que la llevaron.

A las 5.30 horas del 25 de diciembre decidieron nuevamente llevarla al citado Servicio de Urgencias, pero la niña falleció a mitad de camino.

Consideran que el fallecimiento de su hija fue consecuencia de la defectuosa asistencia prestada, consistente en un error de diagnóstico y un inadecuado tratamiento, pues debió ser ingresada el citado día 24 para el seguimiento de sus problemas respiratorios, que se hubieran solucionado, según estiman, administrándole corticoides.

Por todo ello, y conforme al baremo aplicable en materia de accidentes de tráfico, por el fallecimiento de su única

hija solicitan una indemnización de 145.305 euros, incluyendo un incremento del 50% de la indemnización básica al tener la niña menos de dos años.

Solicitan la práctica de diversa prueba documental, además de adjuntar copia del Libro de Familia, acreditativo de la filiación, y del referido informe de alta.

SEGUNDO.- Mediante resolución del Director Gerente del SMS de 23 de febrero de 2010 se admitió a trámite la referida reclamación, notificándose a los interesados.

Asimismo, en tal fecha se requirió a las Gerencias de Área de Salud competentes copia de la respectiva historia clínica de la paciente e informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- Mediante oficio de 14 de abril de 201 la Gerencia de Área de Salud VII remitió la documentación de la paciente en el nivel de Atención Primaria, e informe, sin fecha, de la Dra. x, en el que expresa lo siguiente:

"1.- Atiendo a esta paciente desde el 15-09-2008 procedente del cupo de mi compañera pediatra (Dra. x), de donde proviene por falta de entendimiento entre ambas.

2.- Como consta en la historia clínica, la niña ha padecido otros procesos de bronquitis que han sido tratados y solucionados sin mayores complicaciones.

3.- El día 24-12-2009 estando de guardia le atiendo en consultas aquejada de tos. Tras exploración (auscultación reglada), concluyo que se trata de un nuevo proceso de bronquitis.

4.- Basándome en ese diagnóstico, instauo el tratamiento farmacológico que considero indicado: Ventolín inhalador y Flumil jarabe, expidiendo las correspondientes recetas, como consta en el ordenador de mi consulta.

5.- Independientemente de la prescripción medicamentosa, recomiendo observación y seguimiento del estado de la niña.

6.- No vuelvo a tener noticias de la evolución del estado de esta niña hasta que me entero de su muerte.

7.- Finalmente, dejar constancia de lo lamentable que resulta el fallecimiento de una paciente a la que he atendido y rechazar categóricamente responsabilidad directa en los hechos, desde el pleno convencimiento de mi actuación profesional".

CUARTO.- Mediante oficio de 25 de marzo, completado con otro de 30 de abril de 2010, la Gerencia de Área de Salud I remite copia de la historia clínica de la paciente en el HUCA, e informe del Dr. x, de 25 de marzo de 2010, que expresa lo siguiente:

"La paciente x, de 23 meses de edad, con N.H.C. 967433, acudió a Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca el día 24 de Diciembre de 2009 a las 17:52 horas, fue atendida en triaje a las 18:25 horas, asignándosele un nivel de triaje III con TEP (triángulo de evaluación pediátrica), aspecto bueno-regular, respiración normal y circulación normal; donde se determina saturación transcutánea de oxígeno de 95% y temperatura ótica de 39.9°C, motivo por el cual se administra antitérmico. Se realizó valoración médica a las 18:45 por el Dr. x. Se realizó anamnesis y exploración física minuciosa, determinando ausencia de signos de trabajo respiratorio con auscultación pulmonar, sin evidenciar signos de hipoventilación ni sibilantes, monitorizando saturación transcutánea de oxígeno del 99%; ausencia de signos meníngeos y reacción exantemática en tronco sin evidencia de lesiones petequiales. Faringe hiperémica con mucosidad en cavum. Se realiza determinación de virus en moco nasal con test rápido de virus respiratorio sincitial negativo y pendiente al alta de test de H1N1, así como radiografía de tórax que no mostraba alteraciones. Fue dada de alta con diagnóstico de síndrome gripal y tratamiento sintomático con antitérmicos".

QUINTO.- El 10 de mayo de 2010 los reclamantes presentan copia del certificado de defunción de la niña y el 13 siguiente uno de ellos comparece y toma vista del expediente.

SEXTO.- Conocido por la instrucción que por los hechos de referencia se habían seguido actuaciones penales, se requirieron al Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 1 de Molina de Segura (Diligencias Previas nº 1422/2009), cuya copia fue remitida por dicho Juzgado mediante oficio de 25 de mayo de 2010.

Entre dicha documentación consta informe de 23 de febrero de 2010 del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, que concluye: *"La patología pulmonar encontrada puede ser la causa del fallecimiento de esta niña".*

Asimismo, consta informe de la autopsia, de 29 de abril de 2010, que concluye:

"Etiología de la muerte: Natural.

Causa inmediata de la muerte: Insuficiencia respiratoria aguda.

Causa inicial o fundamental de la muerte: Bronquiolitis. Bronconeumonía. Pleuritis aguda.

Data de la muerte: A las 7.38 horas del día 25 de Diciembre de 2009".

También consta otro informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, de 17 de mayo de 2010, ampliatorio del inicial, que concluye:

"CONCLUSIONES:

1. A partir de sangre se aísla en cultivo abundante Streptococcus pyogenes además de escasos microorganismos contaminantes de muestras clínicas.

COMENTARIOS.

Streptococcus pyogenes es un patógeno responsable de faringitis bacterianas, síndrome del shock tóxico, neumonías, escarlatina e incluso muerte súbita infecciosa. La producción por parte de S. pyogenes de exotoxinas pirogénicas que suelen actuar como superantígenos se considera un factor de virulencia del microorganismo. En este caso, el aislamiento de esta bacteria en sangre es compatible con un proceso de bacteriemia e infección generalizada por este microorganismo en el contexto de un proceso bronconeumónico (observado previamente por el servicio de Histopatología emitido en el informe de fecha 23/02/10). Por otra parte, al no disponer de muestra faríngea, no se puede establecer si existía una colonización en amígdalas, lo que podría ayudar a trazar el origen de una posible infección.

Una de las teorías que se han propuesto para explicar el síndrome de muerte súbita infantil relaciona la existencia de toxinas pirogénicas de origen bacteriano con la producción de stress térmico y la alteración de los mecanismos de regulación de la temperatura. Concretamente, en la cepa aislada en el presente caso se han detectado los genes productores de las toxinas A, B, F, G y ssa".

Asimismo, entre la documentación remitida por dicho Juzgado consta un Auto de 25 de mayo de 2010, de inhibición a favor del Juzgado de Instrucción Decano de Murcia.

SÉPTIMO.- A la vista de lo anterior, mediante Resolución del Director Gerente del SMS de 15 de junio de 2010 se acuerda la suspensión de la tramitación del procedimiento hasta que recaiga y se comuniqué al órgano instructor la correspondiente resolución judicial, lo que se notifica a los interesados.

OCTAVO.- El 14 de septiembre de 2011 se solicita por el reclamante el levantamiento de la suspensión del procedimiento, por haberse dictado Auto de 29 de agosto de 2011 por el Juzgado de Instrucción nº 1 de Murcia, en el que se decreta el sobreseimiento provisional de la causa.

NOVENO.- A la vista de lo anterior, mediante resolución de 20 de septiembre de 2011 el Director Gerente del SMS acordó el levantamiento de la suspensión del procedimiento.

DÉCIMO.- Solicitada por el órgano instructor al citado Juzgado de Instrucción nº 1 de Murcia copia de las correspondientes actuaciones, mediante oficio de 2 de febrero de 2012 fue remitida copia de las Diligencias Previas nº 3801/2010.

Entre dicha documentación se destaca el Informe Médico Forense de fecha 9 de mayo de 2011, realizado a petición del Juzgado, en el que el facultativo informante, tras detallar las asistencias sanitarias realizadas en el Centro de Salud y HUVA que se cuestionan, expresa lo siguiente:

"En ambas asistencias sanitarias y a la vista del estado clínico que presentaba la menor, se siguieron los protocolos adecuados, prescribiéndose las pruebas complementarias de forma acorde a la clínica que presentaba en cada momento, incluso se solicitó estudio radiológico de tórax, siendo los hallazgos de auscultación pulmonar más favorables que los referidos seis horas antes (efecto de la medicación prescrita en el Centro de Salud), dados sus antecedentes de bronquitis. El aislamiento en sangre de la menor de Streptococcus pyogenes es compatible con un proceso de bacteriemia e infección generalizada por este microorganismo patógeno en el contexto de un proceso bronconeumónico. En la cepa bacteriana aislada en el presente caso se han detectado los genes productores de toxinas pirogénicas A, B, F, G y ssa; toxinas bacterianas relacionadas con la producción de estrés térmico y alteración de los mecanismos de regulación de la temperatura, que explica el síndrome de muerte súbita infantil.

No observándose elementos de malpraxis en la actuación de los médicos que asistieron a la niña, ni relación negativa entre dichas actuaciones médicas con el fallecimiento de la citada menor".

Consta asimismo informe Médico Forense de 26 de mayo de 2011, en el que el citado facultativo se pronuncia sobre las cuestiones que se le plantean (no constan las previas preguntas):

"1ª.- El valor de la anamnesis y exploración es fundamental para llegar a establecer un determinado diagnóstico.

2ª.- Los signos y síntomas descritos en el parte de alta del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" sobre la citada menor no eran compatibles con una sepsis.

3ª.- Efectivamente, se le practicaron pruebas complementarias que descartaban una patología grave y orientaban hacia un diagnóstico de síndrome gripal, o bronquitis.

4ª.- En la autopsia no se encontraron los hallazgos referidos.

5ª.- Efectivamente, el cuadro clínico puede presentarse de forma insidiosa, inespecífica y de forma compatible con un síndrome gripal.

6ª.- Ante la sospecha o diagnóstico de síndrome gripal no deben administrarse antibióticos.

7ª.- Efectivamente, el cultivo bacteriológico precisa por término medio de unas 48 horas.

8ª.- Efectivamente, en la cepa aislada en el presente caso se han detectado los genes productores de las toxinas A, B, F, G y ssa.

9ª.- La evolución del cuadro clínico puede ser de forma tórpida y fulminante.

10ª.- Si además el cuadro clínico no es el típico, lo que hace mas difícil su diagnóstico, la evolución puede ser imprevisible e inevitables sus consecuencias.

11ª.- A través de la sangre y liberando toxinas pirogénicas que alteran los mecanismos de regulación de la temperatura.

12ª.- El tratamiento antibiótico preco (sic) garantiza que se pueda evitar la muerte súbita, ni en unidades de medicina intensiva.

13ª.- Determinadas cepas del citado microorganismo (como la del caso que nos ocupa) dan lugar a cuadros clínicos con resultado letal, especialmente en niños de corta edad".

UNDÉCIMO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 30 de abril de 2012, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por cuatro especialistas en Pediatría, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1. x, de 23 meses de edad y con varios antecedentes de bronquitis, es llevada por sus padres (24/12/2009, 13h), al Centro de Salud de Alquerías por un cuadro de fiebre y tos de 3 días de evolución. Allí se encuentra de guardia la pediatra que realiza habitualmente el seguimiento de la menor en el Centro de Salud. Tras realizar anamnesis y exploración física establece un diagnóstico de bronquitis. Se pauta tratamiento con un broncodilatador y un mucolítico, además de antitérmico. Es dada de alta recomendando observación y seguimiento.

Por la tarde x fue llevada por sus padres a Urgencias del Hospital Virgen de las Arrixaca. Fue valorada en triaje a las 18:25 horas, siendo asignado un nivel III. En este sentido, en el triángulo de evaluación pediátrica presentaba aspecto bueno-regular, respiración y circulación normales. La temperatura ótica era 39,9°C (39,4°C axilar), motivo por el que se administró un antitérmico. Recibió atención médica 20 minutos después. A la exploración presentaba buen estado general, consciente y orientada, normohidratada y normocoloreada. Saturación 99%. La faringe era

hiperémica con moco en cavum y nasal. Reacción exantemática en tronco sin petequias. El resto de la exploración por aparatos fue normal.

Se solicitaron una radiografía de tórax y un test rápido para VRS, así como para influenza A, influenza B y PCR para gripe A, con resultados negativos. Fue dada de alta con el diagnóstico de síndrome gripal, pautándose tratamiento con antitérmicos continuando el tratamiento prescrito por su pediatra.

Al día siguiente por la mañana los padres deciden acudir de nuevo a Urgencias dada la persistencia de la fiebre. A las 7:33h de camino al Hospital sufre una parada cardiorrespiratoria irreversible a pesar de 25-30 minutos de atención médica avanzada.

En el informe forense se detalla el aislamiento en sangre de la menor de streptococcus pyogenes, productor de toxinas pirogénicas, siendo compatible la muerte súbita infantil con un proceso de bacteriemia e infección generalizada por este microorganismo patógeno en el contexto de un proceso bronconeumónico.

2. El Síndrome de Shock Tóxico Estreptocócico es muy poco frecuente, con una incidencia global de tan sólo 2-3 casos/100.000, bajando incluso a 1.5-1.8 /100.000 cuando hablamos de población infantil. Además, al menos en la mitad de los casos existe una puerta de entrada del germen manifestándose por dolor local en zona afecta de absceso, celulitis o necrosis, y ello sin duda puede servir de ayuda diagnóstica. En este caso, no existía ninguna lesión previa que hubiese servido de puerta de entrada.

3. La historia clínica, que resulta esencial en la valoración clínica del paciente pediátrico, no mostró en momento alguno alteraciones, tanto en la anamnesis como en la exploración clínica, que pudieran orientar hacia un proceso de mayor gravedad. Es más, la paciente fue valorada en el transcurso de 6 horas hasta en tres ocasiones, obteniéndose idéntico resultado. Todo ello es compatible con la evolución de este tipo de procesos, que pueden presentarse de forma insidiosa e inespecífica con signos y síntomas de un proceso gripal. Su evolución puede ser de forma tórpida y fulminante, tal y como sucedió en nuestro caso.

4. El fallecimiento fue consecuencia de un proceso de bacteriemia e infección generalizada por streptococcus pyogenes en el contexto de un proceso bronconeumónico. Este germen se demostró poseía la capacidad de producir toxinas pirogénicas responsables en último término del shock fulminante e irreversible que presentó la paciente a pesar de unas correctas maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

5. Por tanto, la actuación profesional seguida en todo momento ha sido correcta, acorde a lex artis ad hoc".

DUODÉCIMO.- Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 22 de abril de 2015, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"- La orientación hacia la etiología vírica fue plenamente acorde a la buena práctica médica. En el momento de la visita a urgencias no había signos que indicaran la presencia de una infección bacteriana por streptococcus

pyogenes, ni localizada ni mucho menos generalizada.

- La paciente evolucionó de forma fulminante hacia la forma más grave de esta infección, el Síndrome de Shock Tóxico Estreptocócico, patología de muy baja incidencia, de difícil diagnóstico diferencial en sus fases iniciales y en la que, a pesar de la instauración de medidas de soporte vital y cuidados intensivos, la mortalidad es elevadísima.

- La actuación de los profesionales que atendieron a la niña fue plenamente acorde a la Lex Artis".

DECIMOTERCERO.- Mediante oficios de 8 de junio de 2015 se acuerda un trámite de audiencia y vista del expediente, compareciendo uno de los reclamantes a este último efecto, sin que conste la presentación de alegaciones.

DECIMOCUARTO.- El 29 de julio de 2015 se formula propuesta de resolución desestimatoria; en síntesis, por no acreditarse infracción a "*lex artis ad hoc*" en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama.

DECIMOQUINTO.- 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 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y 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 tienen legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por el daño moral causado por el fallecimiento de su hija, que imputan al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños 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 reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

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.

No obstante, se advierte que el levantamiento de la suspensión de la tramitación del presente procedimiento se acordó sin que constara en el expediente la firmeza del Auto judicial de sobreseimiento de las diligencias penales (vid. Antecedentes Sexto a Noveno), acreditación que debió requerirse previamente al acuerdo de tal levantamiento al margen de que los reclamantes se limitaran a solicitar este último pronunciamiento. No obstante, dicha firmeza ha de tenerse por cierta a la vista de la inexistencia en el expediente de posteriores datos en otro sentido.

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.

II. 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. Falta de acreditación.

I. Los reclamantes consideran que el fallecimiento de su hija menor de edad fue consecuencia de la defectuosa asistencia prestada a la misma el 24 de diciembre de 2009 en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Alquerías y en el Servicio de Urgencias de Pediatría del HUVA, según afirman, por un error de diagnóstico y un inadecuado tratamiento, pues la niña debió ser ingresada tal día para el seguimiento de sus problemas respiratorios, que se hubieran solucionado, según estiman, administrándole corticoides.

Acreditada la realidad del daño moral por el que reclaman (el inherente al fallecimiento de la paciente el 25 de diciembre de 2009), debe analizarse si en el caso, entre tal daño y el funcionamiento de los servicios sanitarios

cuestionados concurre o no una relación de causalidad adecuada a efectos de determinar la responsabilidad patrimonial administrativa que se pretende, conforme con lo expresado en la precedente Consideración.

II. El presente caso es análogo a otros, abordados por este Consejo Jurídico, en donde las alegaciones de los reclamantes en el presente procedimiento administrativo no difieren de las efectuadas en unas previas actuaciones penales en las que se emitieron informes del forense en los que se concluía en la inexistencia de mala praxis alguna en la asistencia sanitaria cuestionada, y sin que en esta vía administrativa los reclamantes aporten informe pericial alguno que permitiese plantear la posible concurrencia de mala praxis médica que justificara su pretensión indemnizatoria.

Por ello, debemos reiterar lo expresado en alguno de tales casos, como el abordado en nuestro Dictamen nº 324/2015, de 9 de noviembre:

"De esta forma, ante la ausencia de toda alegación de los reclamantes distintas de las que fueron aducidas en su momento en las actuaciones penales y que fueron rechazadas por los diferentes órganos judiciales en sus respectivos Autos de sobreseimiento con base en los informes de los facultativos forenses intervinientes, concluyentes en la ausencia de toda infracción a la "lex artis ad hoc" en la asistencia sanitaria que allí se cuestionaba, debe afirmarse que, en el presente procedimiento administrativo, ante la total carencia de alegaciones y pruebas que fundamenten la reclamación presentada, no hubiera sido siquiera necesario recabar los informes médicos de la aseguradora del SMS ni de la Inspección Médica, acto técnico este último que requiere del empleo de los recursos personales y materiales de la Administración regional (que no son ilimitados, menos aún ante la conocida situación que supone el muy elevado número de reclamaciones presentadas en esta materia); intervención técnica ésta que debe justificarse en la existencia, como mínimo, de unas previas alegaciones de los reclamantes distintas de las que ya fueron abordadas y desestimadas en las actuaciones penales, o bien de la alegación de las mismas pero apoyadas en informes periciales que sustenten las imputaciones de mala praxis que realicen.

Por lo demás, hemos de remitirnos a los referidos informes de la aseguradora del SMS y de la Inspección Médica, cuyas conclusiones se reseñan en los Antecedentes de este Dictamen, y que abundan en las razones de la desestimación de la reclamación, de las que se hace eco la propuesta de resolución objeto de Dictamen".

En este último sentido, y aplicado al caso que nos ocupa, merecen destacarse las detalladas consideraciones de los mencionados informes, recogiendo aquí las de la Inspección Médica, que razonan sobre la corrección de la praxis médica cuestionada y que, aun no siendo estrictamente necesario para la desestimación de la reclamación, desarrollan lo señalado por el informe del forense en el sentido de la ausencia de mala praxis, sin que los servicios sanitarios pudieran evitar el, por otra parte, lamentable suceso luctuoso:

"Refiriéndonos al caso objeto de informe, nos encontramos con una niña de 23 meses de edad, con varios episodios anteriores de bronquitis, que acude a urgencias de atención primaria por un proceso definido por los padres como tos y mucosidad acompañada de fiebre tratada con antipirético, de dos días de evolución.

Salvo el registro de la prescripción no hay anotación en la historia clínica de atención primaria de este proceso. En informe posterior la facultativo que atendió a la niña refiere la existencia de tos y que tras exploración (auscultación reglada), estableció presunción diagnóstica de bronquitis e instauró tratamiento con broncodilatador y mucolítico.

Ni los padres en su reclamación ni la facultativo informante mencionan que la niña en ese momento impresionase de gravedad.

Se trata pues de una atención a una niña con una sintomatología, en principio banal, que orienta claramente a un proceso respiratorio, sin que de su estado general, ni de los síntomas relatados por los padres, ni de la exploración realizada, se pueda desprender razonablemente una presunción de gravedad. La actuación médica fue adecuada a la Lex Artis.

Pocas horas después, los reclamantes acuden con su hija a la puerta urgencias infantil del HGU Virgen de la Arrixaca.

De esta visita sí consta documentación clínica completa en el expediente.

La primera valoración de la niña es realizada por el enfermero de triaje: Acude por fiebre, hasta ese momento máxima de 38,5°C, mocos, tos y exantema de 2 días de evolución, antecedentes de asma, no antecedentes de alergias y en tratamiento con broncodilatador, mucolítico y antitérmico. En la toma de constantes, temperatura ótica de 39,9°C, que correspondería a 39,4 en axilar (se recoge administración de antitérmico) y saturación de O₂ del 95%. A la exploración física aspecto entre bueno y regular, respiración normal y circulación normal. El nivel de triaje asignado es el III (nivel intermedio en una escala de I a V).

Por el facultativo se recogen de forma similar el motivo de consulta, registrándose el antecedente de episodios anteriores de bronquitis. Exploración física general normal: buen estado general, normohidratada y normocoloreada. En el apartado de constantes se registra la misma temperatura que en el triaje, pero en saturación de oxígeno se recoge un 98%. Destaca el facultativo la presencia de lesiones exantematosas en tronco sin petequias. En la exploración física por aparatos, normalidad en la auscultación cardíaca y pulmonar, exploración abdominal y neurológica normal con mención especial a la ausencia de signos meníngeos.

En la exploración otorrinolaringología se detecta faringe hiperémica (enrojecida por congestión sanguínea) con moco nasal y en cavum (nasofaringe). Se realiza placa de tórax sin hallazgos patológicos.

Estamos, pues, de nuevo ante una niña con un cuadro aparentemente de origen respiratorio que parece de etiología vírica y que no impresiona de gravedad.

A la vista del resultado posterior, shock séptico estreptocócico con resultado de muerte, cabría preguntarse si en ese momento hubiera sido lo correcto establecer la etiología bacteriana y, en concreto, el streptococcus pyogenes (SGA), como la causa de la sintomatología y, por consiguiente, intentar confirmar el diagnóstico de infección bacteriana y, de confirmarse, iniciar tratamiento antibiótico.

De la documentación clínica expuesta anteriormente no podemos sino concluir que la evolución gradual de los síntomas (entre 48 y 72 horas de evolución según los registros clínicos), el ser menor de 3 años, la presencia de

tos y mocos, la ausencia de exudado faringoamigdalar de características bacterianas (en placas), la ausencia de adenopatías, el que las lesiones exantemáticas no fueran escarlatiniformes orientaban claramente a la etiología vírica.

La fiebre elevada tampoco es en absoluto indicativa de infección bacteriana en este caso, ya que, como ha quedado recogido, en niños menores de tres años las faringoamigdalitis víricas suelen cursar con fiebre alta.

Si aplicáramos los criterios de Centor antes expuestos concluiríamos que, bajo el punto de vista estadístico-epidemiológico, la probabilidad de infección estreptocócica en este caso concreto y con los datos clínicos disponibles sería de entre un 5 y un 10% (sólo cumpliría el criterio de temperatura mayor de 38°C). Tampoco reunía la niña criterios para la realización de un test rápido de detección antigénica (TRDA), según lo recogido en el apartado consideraciones médicas y, menos aún por tanto, para iniciar tratamiento antibiótico. La orientación hacia la etiología vírica fue por tanto plenamente acorde a la buena práctica médica según lo recogido en la literatura.

Tras esta premisa y, como resulta que en el momento de los hechos relatados estaba vigente la alerta de pandemia por Gripe A (H1N1), es plenamente adecuado que a la niña se le tomaran muestras de exudado y se le solicitaran test rápidos para virus respiratorio (VRS), y específicamente para influenza A y B; además y tal y como indica la bibliografía se solicitó PCR para Gripe A (H1N1) debido a los valores predictivos limitados de las pruebas de diagnóstico rápido.

La actuación de los profesionales que atendieron a la niña fue pues plenamente acorde a la Lex Artis, se adoptaron las medidas adecuadas a la situación clínica de la paciente y el diagnóstico que se estableció fue acorde a los síntomas que expresaba y al resultado de la exploración y las pruebas realizadas.

En el momento de la visita a urgencias no había signos que indicaran la presencia de una infección bacteriana por *Streptococcus pyogenes*, ni localizada ni mucho menos generalizada y, lamentablemente, la paciente evolucionó de forma fulminante hacia la forma más grave de esta infección, el Síndrome de Shock Tóxico Estreptocócico, patología de muy baja incidencia, de difícil diagnóstico diferencial en sus fases iniciales y en la que, a pesar de la instauración de medidas de soporte vital y cuidados intensivos, la mortalidad es elevadísima, entre un 30% y un 70%.

La detección en el estudio microbiológico postmortem de los genes que codifican algunas de las exotoxinas responsables de los cuadros invasores más graves: A, B, F, G y ssa, contribuye a explicar la evolución fatal del cuadro clínico".

En un sentido similar se manifiesta el informe de la compañía aseguradora, en línea, en fin, con lo informado por el forense en las actuaciones penales.

III. En definitiva, los reclamantes incurren en sus alegaciones en lo que la jurisprudencia denomina como "prohibición de regreso" en el juicio médico, de la que se hace eco la STSJ de la Región de Murcia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, nº 540/14, de 20 de junio (ya citada en nuestros Dictámenes nº 277 y 375/14, de 6 de

octubre y 29 de diciembre, respectivamente, y 202/15, de 15 de julio):

"Interesa destacar lo que la doctrina jurisprudencial denomina "prohibición de regreso", a la que alude la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 20 de mayo del dos mil once o la de 7 de mayo del dos mil siete, cuando dice que "no puede cuestionarse el diagnóstico inicial del paciente si el reproche se realiza exclusivamente en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico". Por tanto, como dice la Sentencia del 26 de abril del dos mil trece de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en su sede de Valladolid, "no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar".

IV. A la vista de todo lo anterior, debe concluirse que no puede considerarse acreditada la existencia de una mala praxis en la asistencia sanitaria pública cuestionada, por lo que, conforme con lo señalado en la Consideración precedente, no existe una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen, por lo que la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación por tales motivos, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.