



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 211/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de septiembre de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 8 de abril de 2022 (COMINTER 108150 2022 04 08-01 54) y disco compacto (CD) recibido el día 26 de abril de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y D.^a Y, actuando en sus propios nombres y personales derechos y en representación de sus hijos menores Z, P y Q, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_125), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 30 de noviembre de 2015 un abogado, actuando en nombre y representación de D. X y D.^a Y, que, a su vez, intervienen en representación de sus hijos menores Z, P y Q, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que otro de los hijos del matrimonio, R, de 4 años, fue atendido a las 7:58 h del 9 de diciembre de 2014 en el Servicio de Urgencias del Hospital de Molina por fiebre y aturdimiento desde que se levantó. A la exploración se constató una temperatura de 38,4º C sin signos de irritación meníngea. Se le concedió el alta y se le recomendó una valoración urgente por un pediatra.

A las 08:44 h del mismo día, sus mandantes, siguiendo las indicaciones dadas, llevaron a su hijo al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia para que fuese examinado por el pediatra de guardia.

Una vez allí, el menor R fue ingresado a las 8:46 h por fiebre menor de 39º de pocas horas de evolución y síndrome sincopal. El niño había tenido un pico febril con sensación de mareo y, posteriormente, un episodio de

desconexión con el medio con caída al suelo de unos minutos de duración, aunque luego se recuperó.

A la exploración física del menor, se constató temperatura de 37°C y exploración neurológica normal, sin signos meníngeos. Se practicó una analítica que mostró signos de infección. Se le concedió el alta domiciliaria ese mismo día con tratamiento a base de antibiótico (Amoxicilina) y antitérmico (Dalsy). No se le realizaron pruebas complementarias.

El abogado también relata que a la 1:23 h del 10 de diciembre de 2014 regresaron al referido Servicio de Urgencias debido a la fiebre que experimentaba el niño, de hasta 39,5° C, y a un episodio de vómito. Su ingreso se clasificó como prioridad de atención 4, esto es, menos urgente.

El menor fue visto por el médico a las 02:40 h. A la exploración física se evidenció: *“Buen estado general (...) Neurológico: consciente y conectado, no signos de focalidad neurológica, sin signos meníngeos. ORL: normal”*. Tampoco se le realizaron pruebas complementarias en esta ocasión y recibió el alta domiciliaria, continuando el tratamiento con antibiótico (Amoxicilina).

Por la mañana de dicho 10 de diciembre, sus representados llamaron con carácter urgente al 061 por pérdida de tono y conciencia del menor en contexto febril. R fue ingresado inmediatamente en el citado Servicio de Urgencias. En la Historia de Urgencias se refirió lo siguiente:

“Ha tenido fiebre durante 30 horas de máximo 39°C, con picos cada 6 h. Ha asociado dos vómitos. Acudió a este servicio ayer por la mañana por referir movimientos temblorosos de cabeza, tronco y miembros superiores, con pérdida de tono de miembros inferiores (sujetándose para no caerse), con reversión ocular, pérdida de conciencia y sin respuesta a estímulos. Sin pérdida de esfínteres ni movimientos tónico clónicos. A los 10 minutos cede la crisis y se queda somnoliento y mareado. Se realiza analítica en la que presenta una PCR 3,8 mg/dl, PCT 0,35 mg/ml, 18500 leucos, 11800 N. Acude de nuevo ese mismo día de madrugada por nuevo episodio de las mismas características asociando esta vez pérdida de esfínteres”.

Por su parte, en la exploración física del menor se determinó:

“Tª ótica: 39.0 Peso: 22.8

Buen estado general. No impresiona de gravedad (...) Neurológico: Consciente y conectado, no signos de focalidad neurológica. Pares craneales centrados y simétricos. Tono normal. Fuerza conservada en miembros superiores e inferiores. Poco colaborador. Reflejo aquileo izquierdo presente. Marcha normal. Romberg negativo. Kernig positivo. Brucisnski negativo, ligera rigidez nuchal. Faringe hiperémica con abundante moco en cavum. Sin exudados”.

Ante esta sintomatología, se realizó analítica y cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo. El análisis de este último mostró hallazgos sugestivos de meningitis, por lo que se diagnosticó al menor de meningitis linfocitaria con

crisis convulsiva secundaria. Se pautó tratamiento a base de antibióticos y antiviral y fue ingresado en aislados.

R fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 12 de diciembre debido a su progresivo deterioro neurológico. Se prescribió un nuevo antibiótico (Vancomicina) y se realizaron pruebas complementarias a fin de detectar gérmenes en sangre y líquido cefalorraquídeo. Se le realizó una resonancia magnética nuclear (RMN) urgente cuyo informe fue el siguiente:

“Hallazgos compatibles con meningoencefalitis con afectación leptomeníngea difusa y parenquimatosa cortical parcheada así como en ganglios de la base de forma bilateral simétrica”.

Al día siguiente, 13 de diciembre, se verificó la presencia de virus herpes humano de tipo 7 en líquido cefalorraquídeo, por lo que se le diagnosticó meningoencefalitis por virus humano de tipo 7. A tal efecto, se le prescribió nueva medicación antiviral (Foscarnet) si bien la respuesta a dicha medicación fue muy pobre.

La evolución posterior fue empeorando de forma progresiva. El menor no respondió adecuadamente al tratamiento pautado, lo que le originó una elevación de la presión intracraneal por edema cerebral.

Finalmente, R falleció el 15 de diciembre de 2014.

El abogado de los reclamantes argumenta que es evidente que el manejo médico-diagnóstico del paciente fue claramente deficiente y que, ante la pérdida de conocimiento y posterior aturdimiento, R debió haber sido ingresado el día 9 de diciembre para hacerle pruebas para descartar o, en su caso, constatar la concurrencia de meningitis infantil y esclarecer cuál era el germen causante de la misma. De hecho, existen datos de que el paciente habría padecido una meningitis, no por herpesvirus, sino por un meningococo del tipo C, inadecuadamente tratado, que ocasionó una meningoencefalitis sobre la que se asentó, además, un herpesvirus que no fue el causante del fallecimiento, sino que el mismo fue el meningococo incorrectamente tratado.

Acerca de la valoración de los daños morales por los que se reclama, el letrado considera de aplicación el Sistema de Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, del Anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, en su actualización para el año 2014.

De manera concreta, entiende que, si se aplica la Tabla I (Grupo V), les corresponde a los padres, que convivían con el menor fallecido, la cantidad de 105.448,93 €. Además, cada uno de los otros tres hijos menores de edad debería recibir 19.172,54 €, lo que haría un total por este concepto de 57.517,62 €. En consecuencia, el total reclamado asciende a 162.966,55 €.

Con la reclamación adjunta copias de diversos documentos de carácter clínico, del Libro de Familia y de la escritura del apoderamiento conferido por los reclamantes a favor del abogado interviniente.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 21 de diciembre de 2015 y al día siguiente se informa de este hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo ponga en conocimiento de la compañía aseguradora correspondiente. También se informa a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Asimismo, ese último día, se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA y a la Dirección del Hospital de Molina que aporten copias de las historias clínicas del menor fallecido de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que lo asistieron.

En el último caso se requiere, además, que se informe si el paciente fue asistido por remisión del SMS y si el facultativo que le atendió forma parte del personal de ese Servicio de Salud o de ese hospital. También se le advierte, en el supuesto de que se diese la última circunstancia, que se debería considerar parte interesada en el procedimiento administrativo y dar parte a su compañía aseguradora.

TERCERO.- El 20 de enero de 2016 se recibe un escrito del Servicio de Atención al Usuario del Hospital de Molina con el que se acompaña una copia del informe de alta de Urgencias fechado el 9 de diciembre de 2014.

CUARTO.- El abogado de los reclamantes presenta el 18 de febrero de 2016 un escrito con el que adjunta un *Informe de resultados de Microbiología* elaborado por el Instituto de Salud Carlos III, de 30 de diciembre de 2014.

También presenta, con esa misma fecha, un segundo escrito en el que solicita que se requiera a la Inspección Médica para que emita el preceptivo informe valorativo.

QUINTO.- A requerimiento del órgano instructor, el 2 de marzo de 2016 se recibe un escrito del Servicio citado del Hospital de Molina en el que se explica que el paciente fue atendido por un facultativo del propio hospital.

SEXTO.- El 14 de marzo de 2016 se recibe la documentación clínica solicitada a la Dirección Gerencia mencionada y un disco compacto (CD) que contiene los resultados de las pruebas de imagen que se realizaron.

De igual forma, se acompañan dos informes médicos.

El primer informe es el elaborado el 26 de febrero de 2016 por la Dra. D.^a S, Coordinadora de Urgencias de Infantil del HUVA.

En él describen detalladamente las asistencias que se le prestaron al menor enfermo en dos ocasiones en el citado Servicio de Urgencias.

En relación con la primera de ellas se expone que *“La actuación con el tiempo de evolución de la fiebre, episodio con recuperación posterior normal y exploración física fue adecuada a las características del cuadro que presentaba. No se detectó foco de la fiebre aparente (con el poco tiempo de evolución) y dado el buen estado general, la normalidad neurológica sin meníngeos ni focalidad se decide remitir a domicilio con tratamiento antibiótico y antitérmicos y observación al alta”*.

Acerca de la segunda asistencia, se señala que *“La atención realizada dada las características del motivo de consulta que era la persistencia de la fiebre de pocas horas y exploración física con buen estado general, sin cambios y sin meningismo ni focalidad neurológica como la primera atención fue también correcta”*.

Asimismo, se añade que *“La atención recibida en las dos primeras ocasiones en que se vio al niño en Urgencias fue correcta atendiendo a las características de la historia clínica y exploración física que presentaba con BEG (buen estado general), sin signos meníngeos ni de localización neurológica en las dos ocasiones en que se exploró, que hicieran sospechar cuadro de meningitis. La sintomatología y cambios en exploración física fue evolucionando a lo largo de las 24 horas de inicio de la fiebre.*

En su nueva atención ya aparecen signos meníngeos (que no presentaba en las dos primeras ocasiones que acudió a urgencias con menos de 24 horas de evolución del cuadro) y episodio de convulsión asociando fiebre de 30 horas, y ante la presencia de signos meníngeos se solicitan pruebas complementarias pertinentes (hemograma, bioquímica, coagulación y hemocultivo) y se realiza punción lumbar diagnosticándose de meningitis linfocitaria (pendiente de cultivos) y crisis convulsiva secundaria y se ingresa en Aislados con tratamiento antibiótico y antiviral (Score de Boyer 3).

La evolución del cuadro de meningitis en las 24 horas posterior a su ingreso, a pesar de instaurarse tratamiento antibiótico con cefalosporina de 3ª generación y antiviral fue a deterioro neurológico progresivo precisando ingreso en UCIP posteriormente con complicaciones secundarias al cuadro de meningoencefalitis que presentaba y que están descritas en estos cuadros”.

El segundo informe es el realizado conjuntamente, el 25 de enero de 2016, por las Dras. D.ª T y D.ª V, Jefe de Sección y médica adjunta, respectivamente, de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Servicio de Pediatría del HUVA.

En él explican que *“El paciente citado, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en la madrugada del 12/12/14 procedente de la planta de Aislados, por deterioro neurológico en el contexto de infección meningoencefalitis de causa no filiada. Hasta esa fecha era un niño normal sin antecedentes de interés, bien vacunado y sin patologías previas. Había consultado en las 48 horas previas a su ingreso en Urgencias por clínica de fiebre y posibles crisis tónicas autolimitadas, con diagnóstico de meningitis linfocitaria (ver informes de Urgencias de los días 9 y 10/12/14). Tras llevar ingresado en planta unas 36 horas aproximadamente, había recibido tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima y aciclovir, ante la posibilidad de que se tratase de una infección tanto bacteriana como vírica según los estudios realizados. A pesar de ello, sufre empeoramiento clínico y es trasladado a nuestra unidad. En analítica de control previa en planta se objetó descenso de reactantes de fase aguda aunque clínicamente presenta empeoramiento progresivo del nivel de consciencia a lo largo del día 11/12 con nuevas crisis tónicas autolimitadas (Escala de Glasgow de 12 a 10/15 en pocas horas).*

A su llegada se procede a monitorización y dado el empeoramiento progresivo a pesar de tratamiento previo, se decide añadir vancomicina IV (60mg/Kg/día) y se inicia fenitoína por persistencia de crisis. Como se refiere en el informe de alta de Cuidados Intensivos, dada la ausencia de respuesta, se decide añadir midazolam en perfusión hasta 0.15 mg/Kg/h, presentando control de las crisis. Se realiza TAC urgente, sin hallazgos relevantes y que descarta hidrocefalia, con dudosos signos indirectos de edema cerebral. Empeoramiento progresivo requiriendo intubación en la mañana del 12/12, realizando ese mismo día RMN urgente que muestra hallazgos compatibles con vasculitis en contexto de meningoencefalitis y se decide consensuando con Neuropediatría el inicio de dexametasona IV (0.6 mg/kg/día). En las siguientes 24h de su ingreso (13/12) presenta hipertensión intracraneal que no responde a tratamiento (optimización de sedación, parálisis muscular, hiperventilación leve y ni coma barbitúrico, ver informe). Se decide realizar nuevo TAC que muestra signos de aumento del edema cerebral y nos informan desde Microbiología de resultado positivo de PCR en líquido cefalorraquídeo para virus herpes humano tipo 7 (VHH7), añadiendo al tratamiento foscarnet. A pesar de ello continua con mala evolución, presentando midriasis bilateral arreactiva con exploración física compatible con muerte encefálica el día 15/12. Se realiza gammagrafía cerebral que muestra ausencia de captación, confirmando la muerte encefálica a pesar de los esfuerzos realizados (15/12/14 a las 14:57h).

Desde el punto de vista infeccioso, desde su ingreso en UCIP permanece afebril con descenso progresivo de leucocitosis y reactantes de fase aguda. Dado el diagnóstico de meningoencefalitis sin etiología clara, recibe tratamiento desde su ingreso con aciclovir para cobertura vírica y antibioterapia de amplio espectro (cefotaxima y vancomicina) por posible infección bacteriana parcialmente tratada (score de Boyer de 3 a su ingreso desde urgencias, habiendo recibido amoxicilina desde su primera consulta, ver informes).

Ante la detección de PCR de VHH7 (13/12) se asocia foscarnet al tratamiento, sin respuesta. El resto de cultivos son negativos hasta la recepción postmortem del resultado de PCR positiva para meningococo serogrupo C en el líquido cefalorraquídeo de su ingreso desde Urgencias (ver informe del Instituto Carlos III con fecha del 7/01/15). Este resultado ha sido notificado al Servicio de Medicina Preventiva de nuestro hospital y a Sanidad, puesto que en los antecedentes del paciente figura una vacunación completa”.

SÉPTIMO.- Con fecha 21 de marzo de 2016 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

OCTAVO.- El 21 de octubre de 2021 se recibe el informe realizado ese mismo día por la Inspección Médica, en el que se contienen las siguientes conclusiones:

“• En el proceso asistencial al menor R, e independientemente del lamentable fallecimiento del niño, la actuación de los profesionales en los diferentes episodios analizados fue acorde a la Lex Artis.

• En la primera asistencia de urgencias en el Hospital de Molina, ante la presencia de fiebre se da antitérmico y se remite a valoración urgente por pediatra, lo que es plenamente correcto.

• Cuando poco después, siguiendo la indicación anterior, acuden a urgencias infantiles del HCU Virgen de la Arrixaca, la actuación es adecuada a la práctica clínica habitual: en ausencia de focalidad neurológica y de signos menígeos no estaba justificada la realización de una punción lumbar, ni tampoco el ingreso hospitalario.

- *Lo mismo cabe decir cuando tras unas horas de la visita anterior acuden de nuevo a urgencias. Tampoco en este caso, dada la ausencia de signos de afectación meníngea estaba justificada la realización de una punción lumbar ni un ingreso hospitalario.*

- *No es hasta la mañana del día 10 cuando la positividad de los signos meníngeos con la persistencia del cuadro febril, aconsejan establecer la indicación de punción lumbar y se instaura tratamiento empírico correcto para meningitis (antibacteriano y antivírico).*

- *La actuación profesional en este ingreso es asimismo correcta independientemente del triste desenlace”.*

NOVENO.- El 29 de octubre de 2021 se concede audiencia a los reclamantes, al Hospital de Molina y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes.

DÉCIMO.- El abogado de los reclamantes presenta el 2 de diciembre de 2021 un escrito en el que expone que se afirma y ratifica en el contenido de la reclamación patrimonial planteada.

UNDÉCIMO.- Con fecha 7 de abril de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico 8 de abril de 2022, que se completó con la aportación de un CD el día 26 del mismo mes.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo puesto que versa 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 los artículos 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 12 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable; Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y que este Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP establece que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación por daño moral se ha interpuesto por los padres del menor fallecido, que actúan asimismo en nombre y representación de sus otros tres hijos menores de edad. Han acreditado adecuadamente esa relación familiar mediante una copia del Libro de Familia.

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

Por otra parte, también goza de legitimación pasiva el Hospital de Molina, centro médico privado en el que se le prestó una primera asistencia al enfermo por parte de un miembro de su propio personal facultativo. Se ha confirmado que se hizo saber a sus legales representantes que, por ese motivo, debía considerarse parte en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial. También se ha constatado que, en esa condición de parte interesada en el citado procedimiento, se le concedió la preceptiva audiencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento del hijo de los reclamantes se produjo el 15 de diciembre de 2014 y la solicitud de indemnización se presentó el 30 de noviembre del siguiente año 2015, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

IV. 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, si bien se advierte que se ha sobrepasado con exceso el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 13.3 RRP, porque se ha tenido que esperar más de cinco años y medio a que la Inspección Médica emitiera su informe.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes núms. 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Según se ha explicado ya, los reclamantes solicitan, en sus nombres respectivos y en representación de sus hijos menores de edad, que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización total 162.966,55 € como consecuencia del fallecimiento de su hijo R, el 15 de diciembre de 2014, en el HUCA, como consecuencia de una meningoencefalitis.

El abogado de los interesados sostiene que se debió haber ingresado ya al menor el mismo día 9 de diciembre y argumenta que existen datos que permitirían confirmar que el niño habría padecido una meningitis, no por herpesvirus, sino por un meningococo del tipo C que fue inadecuadamente tratado. Por ello, considera que se produjo en este caso una vulneración de la *lex artis ad hoc*.

Sin embargo, los reclamantes no han presentado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale la imputación de mala praxis que realizan. Conviene recordar, en ese sentido, que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en los procedimientos administrativos, establece que *“Corresponde al actor ... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda ... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...”*.

De manera contraria, la Administración sanitaria y el Hospital de Molina han aportado copias de las historias clínicas del menor fallecido y ha traído a las presentes actuaciones los informes de los distintos facultativos, de varios servicios médicos (Urgencias de Infantil y Unidad de Cuidados Intensivos Infantil), que lo trataron, en los que dan cuenta de las asistencias que le dispensaron en cada momento. Además, la Administración también ha presentado el informe elaborado por la Inspección Médica en relación con este caso.

De la lectura de esos informes (Antecedentes sexto y octavo de este Dictamen) se deduce que en las primeras asistencias que se le dispensaron al niño en el Hospital de Molina y en el HUVA (durante el día 9 de diciembre y en la madrugada del siguiente día 10) no se detectaron signos meníngeos ni de focalidad neurológica que justificaran la realización de pruebas complementarias o una punción lumbar o que pudieran motivar su ingreso hospitalario. Esta es una consideración importante que admite implícitamente el letrado cuando relata en la reclamación el proceso asistencial que siguió el hijo de los reclamantes. En estos casos no hay el menor asomo de negligencia profesional ni, por tanto, de mala praxis que pudiera justificar el planteamiento de la solicitud de indemnización.

Es cierto que en la mañana del día 10 de diciembre el menor ya presentaba signos meníngeos (ligera rigidez de nuca y signo de Kernig positivo) y que por ese motivo se le realizaron las pruebas necesarias para el diagnóstico de una meningitis linfocitaria (punción lumbar, y se tomaron cultivos y estudiaron virus en el líquido cefalorraquídeo).

Además, se implantó un tratamiento antibacteriano y antivírico adecuado que se fue incrementando y adaptando con el paso de las horas y el empeoramiento del menor y, en concreto, después de que se detectara en la PCR del herpes virus tipo 7 (VHH7). Pese a la adopción de todas esas medidas y de la asistencia completa y exhaustiva que se le prestó, sobre todo en la Unidad de Cuidados Intensivos Infantil, el niño falleció el 15 de diciembre de 2014, sin que se pudiese hacer nada por evitarlo. Después del triste desenlace, se recibió el resultado de PCR del Centro Nacional de Microbiología positivo para meningococo serogrupo C.

En consecuencia, tampoco se aprecia que desde la mañana del 10 de diciembre se produjera alguna infracción de la *lex artis ad hoc* que pudiera evidenciar un mal funcionamiento del servicio sanitario regional. De hecho, hay que añadir, no se imputa en la reclamación que se incurriera en alguna actuación contraria a normopraxis en el Servicio de Urgencias de Infantil, durante este último ingreso, ni tampoco respecto de la atención en planta o en la Unidad de Cuidados Intensivos Infantil.

Lo que se ha expuesto conduce a la conclusión de que, en este caso y pese al desenlace fatal que se produjo, no se advierte la concurrencia de mala praxis ni, por ello, relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños morales por los que se reclama, ni se ha demostrado que éstos revistan carácter antijurídico. Por tanto, ello debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por los interesados.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños morales que se alegan, cuyos caracteres antijurídicos tampoco se han acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.

