

Expediente Núm. 179/2007
Dictamen Núm. 57/2008

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de mayo de 2008, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 13 de septiembre de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por don, en nombre y representación de don y doña, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de enero de 2007, tiene entrada en el Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito de don, en nombre y representación de don y doña, en el que formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños causados en sus personas y en la de su hijo,, que

consideran derivados de la incorrecta asistencia sanitaria dispensada en el Hospital "X".

Inician su relato indicando que "el día 7 de enero de 2006, el niño (...) fue llevado por sus padres al centro de asistencia médica (...) correspondiente a su domicilio, donde no fue visto por un especialista y, sin practicársele ningún tipo de prueba, pese a la edad y presentar fiebre sin foco, fue remitido, sin más, a su domicilio. (...) esa misma tarde, acudieron con el menor al Servicio de Urgencias del Hospital `X` (...), donde tras ser visto por el médico de guardia, que no el pediatra, y sin realizar prueba diagnóstica alguna, (se) le remitió nuevamente para su casa./ Al día siguiente (...) volvieron a dicho centro. Y encontrándose en la sala de espera, casualmente pasó un médico que resultó ser pediatra y que ante la muy aparente sintomatología del enfermo (niño), le exploró a la vez que ordenaba la práctica de distintas pruebas, emitiendo el diagnóstico de 'sospecha de sepsis', siendo remitido al Hospital `Y` donde se le diagnosticó meningoencefalitis meningocócica, que provocó al menor secuelas extremadamente graves e irreversibles".

Continúan señalando que "el niño presenta lesiones cerebrales severas, con una parálisis cerebral (...). Precisaré ayuda de terceras personas para siempre. Así como tratamientos médicos y rehabilitadores periódicos".

Sobre la responsabilidad de la Administración sanitaria, manifiestan que ésta "no puso los medios para evitar lo previsible", ya que el niño "sólo en la tercera ocasión es visto por el especialista, y (...) se le hacen pruebas diagnósticas de laboratorio, tan sencillas, baratas e inocuas como el hemograma".

A la vista de tales circunstancias, y "tomando como referencia (...) el sistema de valoración instaurado por (la) Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor", solicitan una indemnización de un millón quinientos cincuenta y nueve mil ochocientos diecinueve euros (1.559.819 €) para el menor, más una renta vitalicia igual al salario mínimo interprofesional desde que cumpla los 18 años hasta su fallecimiento y otra

“que sirva para sufragar los gastos médico-hospitalarios”, que “prudencialmente” se fija en ochenta mil euros (80.000 €) anuales y actualizables; interesando, asimismo, una indemnización de ciento veinte mil setecientos sesenta y siete euros (120.767 €) para cada uno de los padres, “más una renta vitalicia para la madre igual al salario mínimo interprofesional, dado que la dedicación al cuidado de su hijo le impedirá cualquier posibilidad de acceso al mercado laboral”.

Por medio de otrosí, se interesa la incorporación al expediente de la historia clínica completa del niño “indicando las especialidades médicas (...) de los facultativos que (le) atendieron (...) en las dos primeras asistencias”, así como la práctica de prueba pericial-testifical para que un especialista en Medicina Legal y Forense “ratifique el informe que se acompaña (...) y evalúe el coste anual de los tratamientos (...) que precisará (...) el niño”.

Junto con la reclamación se presenta copia del poder general otorgado por cada uno de los reclamantes a favor del representante y un “informe médico-legal y forense” suscrito el 22 de diciembre de 2006 por un especialista del ramo. El indicado informe recoge diversa bibliografía médica con relación a la meningitis y concluye que “hay que partir de que se trata de una fiebre sin foco y que es la que tiene la posibilidad de una infección bacteriana grave subyacente (...). La aparición de petequias a las que se refiere la madre en la primera consulta en la que le dicen que es por el roce del pañal, son indicativas de un signo grave de infección (...). En el informe del diagnóstico de sepsis del 8-1-06, se hace referencia a micro petequias y según el informe de Urgencias a las 22:54 h no las tenía, lo cual es incompatible que aparezca a las pocas horas en un niño que ya ingresa postrado y con mal estado general./ Es decir, que o no se le exploró o no interpretaron para el diagnóstico correcto (...). Médico-legalmente entendemos que ha existido una mala praxis médica y ha sido el motivo del shock séptico (...). Ni tan siquiera se le pide un hemograma en Urgencias (...). Se debió de tener en cuenta el diagnóstico de fiebre sin foco, ya que insistimos que el moco o la irritación faríngea no excluye el criterio de

fiebre sin foco (...). Además está descrito que la fiebre alta en el niño mayor de tres meses (...), en la que la madre hace referencia a manchas rojizas en la piel, sí es un factor de riesgo (...). Debemos resaltar que cuando el niño (...) es llevado por sus padres al hospital se encontraba en la fase I de su desarrollo, siendo la fase en que con el tratamiento adecuado, la curación es segura. Pero el hecho de (...) que le ve un médico de Medicina General, por no existir pediatra de Urgencias, produce una lesión cerebral grave”.

2. Con fecha 25 de enero de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al representante de los interesados la fecha en que su reclamación ha tenido entrada en el órgano instructor, la incoación del oportuno procedimiento, el plazo para resolver y los efectos del silencio.

3. Previa petición formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, se incorpora al expediente una copia de las historias clínicas del menor obrantes en el Hospital “X”, en el Hospital “Y” y en el Centro de Salud

Igualmente, se unen al mismo los informes emitidos por la Jefa del Servicio de Pediatría, por el Jefe de la Unidad de Urgencias y por una médica del Servicio de Urgencias que atendió al niño, todos ellos del Hospital “X”, así como el realizado por dos médicos del Centro de Salud

Este último informe, rubricado por un Médico Adjunto de Atención Continuada y una Médica Residente de Familia, señala que el niño es atendido el “7 de enero de 2006, a las 18:20 horas (...) por presentar sensación febril y tos de 24 horas de evolución (...). Se trata de un varón de 15 meses de edad con buen aspecto y estado general, siendo su exploración anodina (...), por lo que, según protocolos avalados por bibliografía pediátrica, es dado de alta con control por su pediatra (...). Dado el cuadro inespecífico de corta evolución y buen estado del paciente, es impredecible la mala progresión del mismo”.

En el informe suscrito por el Jefe de la Unidad de Urgencias se reseña que “la primera atención de los pacientes que consultan en este Servicio se realiza por médicos de Urgencias que solicitan la colaboración de los distintos especialistas hospitalarios según los hallazgos de la evaluación clínica”. En cuanto al caso concreto, se indica que “la asistencia fue prestada por la (...) especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y con una importante experiencia clínica en la atención en urgencias, incluyendo las urgencias pediátricas (...). Las decisiones de realización de pruebas, actitud terapéutica y recomendaciones al alta han sido tomadas de acuerdo con los protocolos disponibles en el Servicio de Urgencias para actuación en urgencias pediátricas, consensuados con el Servicio de Pediatría de nuestro hospital y respaldados por la bibliografía al uso”. Se adjunta copia del protocolo de síndrome febril sin foco, en el que consta “entre 6 meses y 24 meses: (...) BEG (buen estado general) + fiebre y proceso catarral antitérmicos y control en 24 horas./ Fiebre exclusivamente solicitar hemograma, PCR (proteína C reactiva) y sedimento de orina”.

El informe firmado por la médica del Servicio de Urgencias que atendió al menor recoge que “con fecha 7 de enero de 2006, sobre las 11 de la noche”, el niño “es traído por sus cuidadores por un cuadro febril de aparición durante la mañana, sin otros síntomas ni signos salvo algo de moco nasal./ Se trata de un niño de 15 meses, con fiebre de 38,2° C a su llegada a Urgencias, que presenta buen estado general y cuya exploración completa y rigurosa es normal (...). Como queda reflejado en el informe de atención médica: no presenta exantemas ni petequias a ningún nivel, no tiene signos meníngeos, su otoscopia bilateral es normal, así como la auscultación cardiopulmonar”. Concluye que, en estas circunstancias, “no está indicada, -según protocolo consensuado con el Servicio de Pediatría y avalado por la bibliografía de manejo habitual-, ninguna prueba diagnóstica”, procediendo “la vigilancia domiciliaria evolutiva y el tratamiento sintomático con antitérmicos. Nada en el momento de

la valoración (...) hacía sospechar la evolución tórpida que 18 horas después presentó el cuadro febril”.

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Pediatría se indica que, el día 7 de enero de 2006, “el motivo de acudir (según figura en la historia clínica) fue: fiebre de menos de 24 horas de evolución. No vómitos, no tos. Moco nasal desde 24 horas antes”, y añade que “en su exploración específica claramente (...) el niño presentaba buen aspecto general (...), signos meníngeos negativos. No exantemas ni petequias. T^a: 38,3° C”. Con cita de bibliografía médica, el informante subraya que “con estos datos y ante un niño previamente sano, según el algoritmo diagnóstico-terapéutico de fiebre sin foco en niños de 3 a 36 meses (...), la actuación sería:/ 1. Ninguna prueba complementaria./ 2. Sin tratamiento antibiótico./ 3. Revisar si persiste fiebre o empeora el estado general./ El día 8/01/06 acude de nuevo al Servicio de Urgencias hacia las 17 horas por empeoramiento y aparición de vómitos./ Es cuando lo ve el pediatra y le realiza la analítica necesaria por sospecha de sepsis ante la exploración en ese momento: ‘mal estado general. Postrado, pálido... micropetequias (...)’. Quiero hacer constar que las petequias no estaban presentes el día anterior ya que precisamente es un signo de aparición brusca, que en muy pocas horas (incluso minutos) aumentan rápidamente en número y tamaño”.

4. El día 2 de mayo de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras detallar los antecedentes del caso y el proceso asistencial, destaca que “la sepsis meningocócica es una forma de presentación de la enfermedad meningocócica, de aparición súbita, cuyas manifestaciones clínicas pueden surgir en cuestión de horas, siendo su aparición imposible de vaticinar a la vista de una sintomatología absolutamente inespecífica”. Concluye que “la asistencia prestada al menor fue correcta, pues se pusieron los medios diagnósticos y terapéuticos apropiados en cada momento a las circunstancias y a la patología

del paciente, manifestándose súbitamente una forma de presentación de la enfermedad meningocócica caracterizada por la aparición de sus manifestaciones clínicas típicas en cuestión de horas. Esta forma de debut de la enfermedad (...) es imposible de prever y evitar a la vista de una sintomatología inespecífica, con total ausencia de signos clínicos típicos, como la que el menor presentaba horas antes cuando fue atendido por distintos dispositivos asistenciales”.

5. Con fecha 4 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y del expediente a la correduría de seguros.

6. El día 26 de junio de 2007, una asesoría privada elabora un informe, a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias según indica la propuesta de resolución, suscrito por tres especialistas en Pediatría. En él señalan que “los episodios agudos de fiebre suponen un 50-60% de las visitas a una consulta de Pediatría o de Urgencias, y la mayoría de las veces este síndrome febril se debe a un proceso viral de poca importancia (...). Son más frecuentes en niños (de) entre 3 y 36 meses. En este periodo de edad, la media de episodios agudos de fiebre oscila entre 4 y 6 al año”.

Respecto a la fiebre sin foco, razonan los informantes que, no habiendo aspecto séptico, “la actitud dependerá del grado de fiebre si ésta es menor de 39° - 39,5°. No deben realizarse exámenes complementarios”. En cuanto a la enfermedad meningocócica, exponen que “la evolución de la misma varía entre los individuos pudiendo ser fulminante y causar la muerte en pocas horas (...). No existe, por tanto, ningún dato previo que nos permita discernir, en las primeras horas de evolución, sobre la gravedad de la enfermedad que el paciente desarrollará poco después (...). Nuevas investigaciones nos hablan de una predisposición genética individual que justificaría las distintas respuestas clínicas constatadas (...). El cuadro clínico de nuestro paciente corresponde a

una meningoencefalitis meningocócica con shock séptico, reuniendo muchos de los criterios de mal pronóstico. Lo que hace que se acompañe de una altísima mortalidad (80-50%) o graves secuelas (...). En este tipo de patología la mayoría de los trabajos científicos ponen de manifiesto la dificultad extrema de realizar un diagnóstico precoz, ya que la inespecificidad de los síntomas iniciales e incluso la falsa mejoría que precede al desarrollo brusco y fulminante de todo el cuadro hace que muchos niños sean incluso dados de alta de los Servicios de Urgencia”.

Bajo la rúbrica “respuesta a las consideraciones médico legales expuestas por el perito forense”, sostienen los informantes que “no hay ninguna referencia en la literatura científica que compatibilice la existencia de petequias por shock séptico con buen estado general persistente durante 24 h (...). Respecto a la referencia que hace a la bibliografía queremos reseñar que el perito habla en ella de situaciones en niños con leucocitosis mayor de 15000 /mm³, fiebre superior a 39°..., situaciones que en ningún momento se dieron en nuestro paciente”. En cuanto a la afirmación pericial de que la aparición de micro-petequias debió ser anterior al momento en que se detectan, se consigna una discrepancia, pues “la aparición brusca de petequias es la forma más frecuente de presentación, especialmente en las infecciones meningocócicas graves, siendo un signo de mal pronóstico (...) reconocido en todos los protocolos y trabajos científicos”. En lo que afecta a la fiebre sin foco y su correlación con la bacteriemia oculta, manifiestan que “está ampliamente aceptado que en el grupo de niños de edades comprendidas entre tres meses y dos años existe una mayor correlación entre el grado de fiebre y la posibilidad de bacteriemia oculta T^a < 39,5° riesgo 1%; 39,5°-40° riesgo 8% (...), la fiebre que presentó nuestro paciente no fue superior a 38,3°”.

Concluye el informe que la actuación de los médicos “fue la correcta y aconsejada en todos los protocolos (...), ya que hasta el desarrollo de la meningococemia no existían datos objetivos de que el niño presentara una enfermedad grave”.

7. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio fechado el día 17 de julio de 2007 y notificado el 20 del mismo mes, el representante de los interesados comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia íntegra del expediente, detallándose en la diligencia correspondiente que el mismo está compuesto “al día de la fecha” por trescientos noventa y cinco (395) folios.

8. Con fecha 31 de julio de 2007, el representante de los reclamantes presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en lo expuesto en su escrito inicial, reiterando que “lo correcto es que cuando un niño acude a Urgencias la persona que lo tiene que explorar ha de ser un pediatra”. Añade que “nos encontramos ante un supuesto de `fiebre sin foco´ y (...), entre los 6 y los 24 meses, cuando existe fiebre exclusivamente hay que `solicitar hemograma, PCR y sedimento de orina´”.

9. El día 3 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que todo el proceso asistencial fue adecuado y conforme a la “lex artis”. Concluye que “se pusieron los medios diagnósticos y terapéuticos apropiados a las circunstancias de cada momento y a la patología del paciente, conforme siempre a los protocolos de diagnóstico y tratamiento vigentes y aceptados por la comunidad científica”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de septiembre de 2007, registrado de entrada el día 18 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante.

Ahora bien, los reclamantes ejercitan su acción indemnizatoria por los daños causados en sus personas y en la de su hijo, debiendo señalarse que tal filiación no resulta acreditada. No obstante, en relación a la madre del perjudicado, la filiación es notoria para la Administración, a la vista de la documentación clínica que obra en el expediente.

En consecuencia, hemos de advertir de que falta la acreditación de la filiación paterna y, pese a que la Administración ha tramitado el procedimiento sin poner objeción alguna a la mentada carencia, entendemos que, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una

estimación de la reclamación sin que ésta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha filiación paterna.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, 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 caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el procedimiento que examinamos, la reclamación se presenta con fecha 5 de enero de 2007, habiendo tenido lugar los hechos de que trae origen el día 7 de enero de 2006, por lo que, con independencia de la determinación de las secuelas, es claro que se halla dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, se observa en el expediente la omisión de un acto expreso de instrucción, cual es el relativo a la práctica o denegación motivada de una de las pruebas propuestas, pues los reclamantes interesan, por medio de "otrosí", la práctica de una "pericial-testifical" -al objeto de que el especialista cuyo informe adjuntan se ratifique en su contenido y evalúe el coste anual de los tratamientos que precisará el niño-, sin que conste la preceptiva resolución del instructor en los términos de lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. A pesar de la citada omisión, dado que la historia clínica del paciente y los informes médicos incorporados al expediente (entre ellos, el pendiente de la ratificación solicitada) son suficientemente ilustrativos, y el sentido final de la propuesta de resolución, no se aprecian razones para pensar que la mencionada prueba pudiera aportar elemento alguno que afecte al análisis de la procedencia o improcedencia de declarar la responsabilidad patrimonial (a salvo de lo que, en su caso, resultara procedente acerca de una eventual indemnización), y por tanto para suponer que se habría modificado el resultado final. Por esta razón, y en aplicación del principio constitucional de eficacia administrativa, no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones cuando, de subsanarse el defecto de procedimiento, es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución.

Sin perjuicio de lo expuesto, no deberá dictarse resolución que ponga fin al procedimiento en vía administrativa sin que en ella se motive cumplidamente la falta de práctica de prueba, de conformidad con la norma citada, en aras de la ineludible preservación del principio de contradicción y del derecho de defensa de los interesados. Observación ésta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de

Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

Asimismo, hemos de señalar que la comunicación dirigida a los reclamantes a efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la misma, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de las personas interesadas y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido, y no consta que el órgano instructor cuente con uno que revista tal carácter) del órgano competente para su tramitación.

Por último, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 5 de enero de 2007, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 18 de septiembre de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento

normal o anormal de los servicios públicos, y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Fundan los interesados su reclamación en la tardía detección de una meningoencefalitis meningocócica, alegando que la Administración sanitaria, en la fase de diagnóstico, “no puso los medios para evitar lo previsible”.

En este contexto, no habiendo duda del daño por el que se reclama, los interesados basan su argumentación en la existencia de un nexo causal entre el actuar de la Administración sanitaria y el tardío diagnóstico, sin cuestionar la intervención posterior a éste, lo que nos remite a la cuestión de si al paciente se le dispensó la atención adecuada con la debida prontitud.

Con carácter previo, hemos de recordar que el servicio público sanitario, dirigido siempre a procurar la curación del paciente, constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, de modo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria la falta de curación del paciente en un plazo determinado siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico al paciente, sin que ello comporte el derecho de éste a un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Debemos, pues, averiguar si se dejó de proporcionar al menor el cuidado sanitario que se podía demandar según los medios exigibles a la sanidad pública y al estado de la ciencia y, más concretamente, responder a la pregunta de si la Administración sanitaria tenía la obligación, conforme a la *lex artis*, de prestar una asistencia especializada y permanente que venga a garantizar la

detección precoz de aquellos procesos patológicos que no se exteriorizan con síntomas notorios hasta sus estadios avanzados.

Planteada así la cuestión, debemos detenernos en la sintomatología presentada por el paciente y en la pretendida omisión de pruebas diagnósticas adecuadas, ya que, tal como señalan los reclamantes, el niño “sólo en la tercera ocasión es visto por el especialista, y (...) se le hacen pruebas diagnósticas de laboratorio, tan sencillas, baratas e inocuas como el hemograma”.

Pues bien, el informe pericial de parte, que apunta una mala praxis, se funda en unos presupuestos que han quedado desvirtuados a lo largo de este procedimiento: que la fiebre del menor debió conducir a la práctica de ulteriores pruebas, en cuanto revelaba “la posibilidad de una infección bacteriana grave”, y que las petequias habían hecho su aparición en la primera consulta, en la que las manchas rojizas se atribuyen al “roce del pañal”.

Los demás informes técnicos obrantes en el expediente coinciden en apreciar que la asistencia dispensada al menor fue correcta, constatando que se pusieron los medios diagnósticos y terapéuticos apropiados a las circunstancias y a la patología del paciente en cada momento, y que la enfermedad meningocócica se manifestó súbitamente, en cuestión de horas, de una forma imposible de prever y evitar a la vista de la sintomatología inespecífica, con total ausencia de signos clínicos típicos, que el menor presentaba al ser atendido, tanto en el centro de salud como en la primera visita al hospital.

En efecto, el informe del Centro de Salud refleja “buen aspecto y estado general, siendo su exploración anodina (...), por lo que, según protocolos avalados por bibliografía pediátrica, es dado de alta (...). Dado el cuadro inespecífico de corta evolución y buen estado del paciente, es impredecible la mala progresión del mismo”. En idéntico sentido, horas más tarde, el niño es atendido en Urgencias, apuntando el informe de este Servicio que no presenta “otros síntomas ni signos salvo algo de moco nasal./ (...) con fiebre de 38,2° C (...). No presenta exantemas ni petequias a ningún nivel, no tiene signos meníngeos”. En cuanto a la falta de examen por el pediatra, el

informe del Jefe de la Unidad de Urgencias aclara que “la primera atención de los pacientes (...) se realiza por médicos de Urgencias que solicitan la colaboración de los distintos especialistas hospitalarios según los hallazgos de la evaluación clínica”, concretando que, en el supuesto ahora estudiado, “las decisiones de realización de pruebas, actitud terapéutica y recomendaciones al alta han sido tomadas de acuerdo a los protocolos disponibles en el Servicio de Urgencias para actuación en urgencias pediátricas, consensuados con el Servicio de Pediatría de nuestro hospital y respaldados por la bibliografía al uso”. Asimismo, el informe de la Jefe del Servicio de Pediatría recoge que, ante un niño previamente sano, no proceden pruebas complementarias, haciendo constar que “las Petequias no estaban presentes el día anterior ya que precisamente es un signo de aparición brusca, que en muy pocas horas (incluso minutos) aumentan rápidamente en número y tamaño”.

Asimismo, tanto el informe técnico de evaluación como el elaborado a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias concluyen que la actuación de los profesionales sanitarios fue la correcta y aconsejada en todos los protocolos, pues estamos ante una infección que no pudo detectarse precozmente por sus propias características y por la sintomatología inespecífica que el paciente presentaba.

Debemos dejar constancia de que el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora, suscrito por tres especialistas en Pediatría, alcanza a contradecir suficientemente el aportado por los reclamantes, pues el primero se revela más nítido, preciso y ajustado al caso concreto. Singularmente, en lo que se refiere a la “fiebre sin foco”, se razona con rigor que, no habiendo aspecto séptico, “la actitud dependerá del grado de fiebre”, pues “si ésta es menor de 39º (...) no deben realizarse exámenes complementarios”. En cuanto a la enfermedad meningocócica, se expone en este informe que “no existe (...) ningún dato previo que nos permita discernir, en las primeras horas de evolución, sobre la gravedad de la enfermedad (...). El cuadro clínico de nuestro paciente corresponde a una meningoencefalitis meningocócica con shock

séptico, reuniendo muchos de los criterios de mal pronóstico. Lo que hace que se acompañe de una altísima mortalidad (80-50%) o graves secuelas". En torno a la aparición de las petequias, se indica que "no hay ninguna referencia en la literatura científica que compatibilice la existencia de petequias por shock séptico con buen estado general persistente durante 24 h", reseñándose que la bibliografía apuntada en la pericial de parte alude a "niños con leucocitosis mayor de 15.000 l/mm³, fiebre superior a 39°..., situaciones que en ningún momento se dieron en nuestro paciente", y que "la aparición brusca de petequias es la forma más frecuente de presentación".

En definitiva, los informes médicos aportados por la Administración y su aseguradora constatan que estamos ante una patología difícilmente diagnosticable antes de sus fases avanzadas, cuando ya, por lo general, las posibilidades terapéuticas se han visto agotadas o muy mermadas.

En lo que atañe al carácter de la enfermedad y a la asistencia recibida tras su detección, hemos de notar que los interesados sólo fundan la reclamación en la falta de pruebas tendentes a la detección precoz de aquella, sin que se plantee controversia alguna en torno a lo irreversible de la dolencia ni en cuanto a la asistencia prestada tras su diagnóstico.

En consecuencia, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas que lo evidencien con certeza. En el caso aquí examinado, no queda acreditada ninguna actuación, por parte de los profesionales que atendieron al paciente, contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, que la práctica de las correspondientes pruebas no se ajustara a la sintomatología que el paciente presentó en cada momento, o que se pudiera sospechar entonces la patología finalmente desencadenada. Una valoración conjunta de la prueba practicada, conforme a las reglas de la sana crítica, nos lleva a concluir que los daños derivados de la enfermedad meningocócica se deben a la propia naturaleza de esta patología, por lo que, en definitiva, no pueden considerarse

causados por el servicio público sanitario y no deben conceptuarse como antijurídicos.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por don, en nombre y representación de don y doña"

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.