

Expediente Núm. 110/2017
Dictamen Núm. 152/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
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 25 de mayo de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 17 de marzo de 2017 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del retraso diagnóstico de una encefalitis vírica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. En fecha que resulta ilegible en el asiento de presentación en el registro, un particular presenta, en nombre y representación de su esposa, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Expone que su reclamación se dirige frente a la actuación de los Servicios de Urgencias del Centro de Salud y del Hospital “X”, que -alegan han incurrido en una “serie de negligencias y fallos que han derivado en unas lesiones cerebrales de las que no hay recuperación y de las cuales la Seguridad Social no se hace hasta el momento cargo”.

Señala que el 22 de octubre de 2015 se requiere al centro de salud de la paciente atención domiciliaria sin que el facultativo actuante encuentre patología alguna, y que la misma asistencia se solicita al día siguiente, prescribiéndosele medicación (Primperán y paracetamol). Indica que el 24 de octubre la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital `X`, en el que es tratada por gastroenteritis, pese a que la sintomatología asociada se limitaba a "un solo caso de vómito hace 3 días"; dos días después otro facultativo de Atención Primaria que acudió de urgencia al domicilio continuó con el tratamiento por cuadro de gastroenteritis, siendo preciso reiterar atención en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" durante la noche del 26 al 27 de octubre, donde se reitera el diagnóstico pese a que en el momento del alta "el marido de la paciente insiste en que no la ve bien y que no tiene vómitos" ni "diarrea y la ve muy desorientada".

Reseña que la noche siguiente se solicita telefónicamente consulta por cuadro de fiebre muy alta que no remite con medicación, y que en la tarde del día 28 ante "la total desorientación de la paciente" regresan al Hospital "X", "donde por fin parecen hacerle las pruebas oportunas (una punción lumbar que debería hacerse cuando el paciente presenta el dolor de cabeza grave en alguna de las 3 ocasiones (en) que asistió a Urgencias en esos 7 días), y detectando que hay un problema grave, después de pasar la noche en la UVI, a la mañana siguiente, viendo que su diagnóstico es posible meningitis y que el tratamiento no es efectivo en todo lo que esperaban, se traslada de urgencias al Hospital "Y" donde detectan que además de meningitis, y por la tardanza" en su tratamiento, presenta también encefalitis. Añade que ya el día 29 de octubre se advierte la presencia de lesión cerebral, siendo alta el 16 de noviembre de 2015 en el Hospital "Y".

Refiere que el 22 de noviembre su esposa presentó más desorientación y agresividad, por lo que regresaron al Hospital "X", en el que quedó ingresada para tratar una infección de orina.

Afirma que "en menos de un mes" la afectada "pasó de no tener problemas de salud a tener una lesión cerebral por desatención por parte médica en las hasta 8 ocasiones" en las que demandó asistencia, y aclara que continúa a tratamiento, por lo que se desconoce el alcance de la lesión. En todo

caso, considera que, "tras esta concatenación de acontecimientos y de lo que parecen ser claras negligencias", la paciente "tiene ahora unas lesiones cerebrales irreversibles que le imposibilitan una vida normal" y que, al margen del daño que en sí constituyen, llevan aparejado un gasto económico derivado de la necesidad de ayuda para la vida cotidiana.

Solicita una cantidad inicialmente limitada a 1.682,36 €/mes por los costes derivados de la contratación de un cuidador, terapia específica y gastos sociales; cantidad a la que deberán añadirse los daños y perjuicios ocasionados a la "vida de la paciente" y a sus familiares.

Adjunta diversa documentación médica relativa al proceso asistencial objeto de reclamación.

El día 16 de febrero de 2016, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada el escrito al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, especificando que fue presentado en la Gerencia del Área Sanitaria I de

2. Mediante oficio de 24 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere al esposo de la reclamante para que acredite la representación que dice ostentar.

Con fecha 10 de marzo de 2016, la perjudicada presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que afirma que "comparece en el expediente en su propio nombre y derecho, en calidad de reclamante, sin que sea precisa, pues, acreditación de representación ninguna", y reitera que no es posible cuantificar la reclamación al encontrarse aún a tratamiento y pendiente de recibir el alta.

El día 17 de marzo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 11 de abril de 2016, la Gerente del Área Sanitaria I remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios los informes emitidos por los Servicios de Urgencias y de Neurología del Hospital "X" y por el

facultativo de Atención Primaria del Centro de Salud, así como una copia de la historia clínica (tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada) en soporte electrónico relativa al proceso causante de la reclamación.

En el informe elaborado por el Servicio de Neurología del Hospital "X", con fecha 12 de enero de 2016, se recoge la asistencia prestada en dicho Servicio, desde el que fue trasladada al día siguiente de su ingreso (29 de octubre de 2016) al Hospital "Y". Se refiere también al segundo ingreso en el centro, el día 22 de noviembre de 2016, por "alteración del comportamiento, aumento de desorientación y empeoramiento de memoria" por el que es ingresada. Se señala que la punción lumbar realizada "todavía presenta linfocitosis, pero es mucho menor que en el ingreso previo", y que "ya no se detecta virus herpes en el líquido cefalorraquídeo por PCR y presenta importante leucocitosis en orina", siendo diagnosticada al alta de "síndrome confusional secundario a infección de tracto urinario, infección de tracto urinario, trastorno cognitivo con alteración de memoria reciente secundario a encefalitis herpética y glucemia basal alterada". Indican que "en la última revisión en consulta de Neurología el día 19 de enero de 2016 el marido de la paciente refiere que esta presenta importante pérdida de memoria anterógrada, siendo incapaz de recordar cosas que le acaban de suceder y realiza repetidamente las mismas preguntas". Concluye que "la encefalitis herpética es una enfermedad grave, con mal pronóstico y frecuentes secuelas neurológicas, aunque estas suelen ser menores cuanto antes se inicia el tratamiento específico con Aciclovir. Dado que se trata de una enfermedad rara, existen pocos estudios sobre la eficacia de la rehabilitación neuropsicológica en los pacientes afectados, aunque según algunos de ellos esta puede ser parcialmente eficaz". Como impresión diagnóstica se consigna, además de la de "encefalitis herpética", la de "trastorno cognitivo con afectación de memoria anterógrada secundario a encefalitis herpética".

En el informe suscrito por el facultativo de guardia que atendió a la paciente en el centro de salud, emitido el 15 de febrero de 2016, se explica que dicho profesional -que también es Médico de Familia de la perjudicada- atendió a esta los días 22 y 23 de octubre de 2015. En la segunda de las fechas acude a su domicilio y observa que "está consciente" y "orientada, hablo con ella,

presentando una clínica de cansancio, náuseas, molestias inespecíficas”, por lo que, tras administrarle medicación, “se le indica y explica a la paciente y cónyuge que si no evoluciona favorablemente debe (...) acudir al Hospital ‘X’ para nueva evaluación”. Volvió de nuevo al domicilio el día 26 de octubre y le muestran un informe del Servicio de Urgencias del hospital, consignando que el marido “se pone agresivo, intento que comprendan que precisa una nueva evaluación y les dejo”; dos días después se acerca nuevamente al domicilio de la paciente para conocer su estado y se le informa que está ingresada en el hospital.

En el informe emitido por el Servicio de Urgencias del Hospital “X”, de 6 de abril de 2016, se detalla la asistencia prestada en cada una de las ocasiones en que acude al Servicio en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2015. En él se señala que el primer día que acude -“22 de octubre de 2015” (*sic*)- “es atendida por ‘vómitos y mal estado general’. La clínica que refiere es de tipo digestivo, inespecífica y en el contexto epidemiológico de gastroenteritis en su entorno./ Los hallazgos exploratorios indican febrícula, (temperatura) 37,5º, con buena tensión arterial y frecuencia cardíaca. La paciente está consciente y orientada, con buen estado general y bien hidratada. Queda reflejada la ausencia de clínica de focalidad neurológica. El resto de la exploración es poco específica, destacando aumento de peristaltismo intestinal./ Las pruebas analíticas realizadas están en cifras normales y las radiológicas tampoco revelan alteraciones./ Con la impresión diagnóstica de gastroenteritis aguda se da el alta a la paciente, con tratamiento sintomático y con la recomendación expresa de continuar el seguimiento por su médico o de acudir a Urgencias si presenta mala evolución”. En la segunda consulta -el día 27 de octubre- consta como motivo el de “malestar general y fiebre” de una semana de evolución, sin presentar “vómitos ni diarrea, pero sí malestar abdominal inespecífico./ En la exploración de Urgencias la paciente tiene (temperatura) de 36,9º con (tensión arterial) y (frecuencia cardíaca) normales. Está consciente, orientada y colaboradora. No presenta alteración neurológica./ En las pruebas complementarias se aprecia hipopotasemia leve - moderada. Se deja (...) en observación por la noche. En vista de la estabilidad hemodinámica y la ausencia de fiebre, y al no presentar otro tipo de clínica y tolerar ingesta oral, se da de

alta a la paciente./ El diagnóstico en esta ocasión es de `desequilibrio electrolítico en el contexto de gastroenteritis aguda´”, por lo que “se pauta un tratamiento corrector y sintomático y se vuelve a indicar de manera expresa que (...) debe continuar su seguimiento con el médico Atención Primaria y que en caso de mala evolución se aconseja acudir nuevamente (a) Urgencias./ La tercera visita a Urgencias se hace el día 28 de octubre”, cuando “acude por presentar cuadro confusional y fiebre. En Urgencias tiene (temperatura) de 38,5º y presenta desorientación y bradipsiquia, conservando conciencia y manteniendo una colaboración irregular. Queda reflejada una puntuación de 13 (sobre 15) en la escala (...) de Glasgow (...). La paciente presenta rigidez de nuca, sin otra focalidad neurológica. Ante estos cambios se procede a realizar TC cerebral, que resulta sin hallazgos relevantes, y punción lumbar, encontrándose resultados compatibles con encefalitis herpética. En vista de estos resultados se procede al ingreso de la paciente y se inicia tratamiento con Aciclovir intravenoso./ Durante el ingreso su evolución hace aconsejable su traslado a una unidad de vigilancia intensiva, siendo derivada a la UVI del Hospital `Y´./ La cuarta visita se produce el 22 de noviembre de 2015 (...) por cuadro confusional secundario a infección de tracto urinario, quedando ingresada para control y tratamiento./ La quinta visita es el 17 de diciembre de 2015 (...) por dolor abdominal, quedando ingresada y siendo alta el día 18 con el diagnóstico de cólico biliar secundario a colelitiasis, con leve disfunción hepática, sin signos de colecistitis, síndrome post-encefalitis (desorientación y síndrome confusional) e hipertensión arterial”. Concluye que “en las diversas asistencias que (...) necesitó en el Servicio de Urgencias se actuó de acuerdo a la historia referida por la paciente y por sus familiares, a los hallazgos exploratorios y a los resultados de las pruebas complementarias realizadas. Teniendo en cuenta en todos los casos la información disponible en la historia clínica, procedente de Atención Primaria (...), de nuestro hospital y de otros hospitales” del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Añade que es en la tercera visita “cuando, ante el cambio en la anamnesis y la exploración, se procede a ampliar las pruebas complementarias, a realizar el ingreso y a iniciar el tratamiento específico”, mientras que “en la cuarta y quinta visitas (...) queda también ingresada para tratamiento de la patología diagnosticada en cada

caso". Por ello, considera que "la asistencia prestada desde el Servicio de Urgencias fue adecuada, poniendo en cada momento los medios necesarios, quedando la continuidad asistencial garantizada (...), al indicar a la paciente la conveniencia de seguimiento por su médico y expresando claramente que si la evolución no fuera favorable se debería acudir de nuevo a Urgencias".

4. Mediante oficio de 19 de abril de 2016, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente relativa al proceso de referencia y un informe del Servicio de Neurología del Hospital "Y" (ambos en soporte digital).

En el informe, fechado el 11 de abril de 2016, la Jefa de la Sección de Neurología explica que la paciente ingresó en la UCI del centro el día 29 de octubre de 2015, permaneciendo en dicha Unidad hasta el 3 de noviembre, en que pasó a la planta de Neurología. Señala que "ya desde el alta en UCI está diagnosticada correctamente de meningoencefalitis herpética por VHS tipo 1. El diagnóstico que consta en el informe de traslado del H. 'X' (...) de meningitis linfocitaria es correcto, que la meningitis era debida a VHS-tipo 1 solo se puede concretar una vez llegan los resultados microbiológicos, y el tratamiento que consta que se pautó también es el indicado (Aciclovir). Durante su ingreso en planta de (...) Neurología se completó la pauta de tratamiento indicado y cabe reseñar que presentó un deterioro de la función renal que fue valorada por Nefrología y que tras reajuste de la dosis del fármaco y fluidoterapia experimentó mejoría (...). Asimismo se hizo seguimiento en nuestra consulta el 21-03-2016", constando en el correspondiente informe "como secuela deterioro cognitivo, fundamentalmente de memoria de trabajo secundario a su encefalitis herpética". Señala que es una secuela frecuente "en este tipo de meningoencefalitis herpética tipo 1" pese a recibir tratamiento.

5. El día 31 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas pone en conocimiento de la correduría de seguros la presentación de la reclamación.

6. Figura incorporado al expediente a continuación el informe médico suscrito por dos especialistas en Neurología con fecha 11 de noviembre de 2016, a instancia de la compañía aseguradora. En él realizan diversas consideraciones médicas sobre las encefalitis virales, cuya gravedad destacan. En particular, y en cuanto a la encefalitis herpética, explican que, “aun siendo una enfermedad infrecuente, es la causa más frecuente de encefalitis focal, aguda y esporádica en nuestro medio”, siendo “su evolución natural (...) nefasta, pues hasta en el 70% de los casos conlleva a la muerte o secuelas neurológicas graves (...). Inicialmente, los pacientes presentan un cuadro seudogripal banal e inespecífico. Poco más tarde, y de una forma relativamente brusca, aparece un cuadro encefalopático caracterizado por cefalea, disminución del nivel de conciencia, confusión, alucinaciones (...), crisis epilépticas y signos deficitarios focales (frecuentemente disfasia, anosmia y paresia)./ El estudio del líquido cefalorraquídeo es fundamental para el diagnóstico” y el “tratamiento de elección es el antiviral Aciclovir”.

Por lo que se refiere al caso que nos ocupa, indican que su cuadro “se inició de forma inespecífica con sintomatología plenamente compatible con un cuadro digestivo de gastroenteritis aguda (febrícula y posteriormente fiebre, decaimiento, náuseas y vómitos, malestar abdominal y diarrea). Por este motivo consultó en varias ocasiones a su médico de cabecera y acudió en dos ocasiones a Urgencias. En ninguno de estos episodios asistenciales (...) presentó sintomatología específica o se pudo objetivar hallazgos patológicos en la exploración física o exploraciones complementarias que pudieran orientar hacia un diagnóstico de una infección del sistema nervioso central. Por el contrario, los médicos que la atendieron actuaron de forma congruente con la clínica que presenta en esos momentos, sugerente de un proceso gastrointestinal agudo (fiebre, náuseas y vómitos y un peristaltismo aumentado como único hallazgo patológico en la exploración física)./ Sin embargo, el día 28 de octubre, en su tercera visita a Urgencias, el cuadro clínico añadió nuevas manifestaciones que sí permitieron establecer una nueva sospecha clínica. A lo largo de ese día, además del cuadro febril, la paciente comenzó a estar confusa, desorientada y con comportamiento inhabitual. En Urgencias se la encuentra consciente pero desorientada en el espacio y en el tiempo, lenta de

pensamiento e ideación (bradipsíquica), sin déficits neurológicos focales pero poco colaboradora y presentaba rigidez de nuca./ A continuación se realizaron las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico (TC craneal y punción lumbar para análisis de LCR) y se actuó con diligencia iniciando el tratamiento con Aciclovir, incluso antes de recibir la confirmación diagnóstica de Microbiología. De igual forma se actuó con presteza y diligencia al trasladar al día siguiente a la paciente a la UCI del Hospital `Y` para proporcionarle una mejor asistencia en un servicio técnicamente mejor dotado, ante la ausencia de mejoría con tratamiento inicialmente pautado y al transmitir la información microbiológica a este centro tan pronto se supo que el causante de la enfermedad de la paciente era el virus herpes simplex./ La paciente logró sobrevivir a esta grave enfermedad pero presenta una secuela un deterioro cognitivo condicionado fundamentalmente por un déficit en la memoria para hechos recientes. Esta secuela solo puede ser imputable a la gravedad de la enfermedad que padeció y en ningún caso a deficiencias en el proceso asistencial del que fue objeto”.

7. Mediante oficio notificado a la interesada el 10 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

8. Mediante Providencia de 22 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas incorpora al expediente la documentación remitida por la interesada en la que se cuantifican los daños sufridos y se aportan nuevos documentos.

Figura a continuación un escrito firmado por la interesada, presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 27 de diciembre de 2016, en el que afirma formular reclamación de responsabilidad patrimonial. En él describe de nuevo el proceso asistencial y explica que “ha efectuado una terapia de recuperación” en un centro “en las diferentes áreas que se han extendido hasta el 19-10-2016, emitiéndose informe en el que, en el apartado de conclusiones, se refiere que la misma ha mostrado escasos avances en relación con los déficits neuropsicológicos secundarios” a la

encefalitis herpética. Añade que con fecha 3 de febrero de 2016 el Instituto Nacional de la Seguridad Social “le concede invalidez permanente absoluta”.

Cita a continuación el contenido del informe emitido por un especialista en Valoración del Daño Corporal que adjunta, en el que se toma “como punto de partida un hecho decisivo e indubitadamente probado a través de los informes aportados: desde las primeras alteraciones de la salud el 22-10-2015 hasta que el 11-11-2015 se diagnostica la encefalitis herpética pasan 3 semanas y 4 visitas a los Servicios de Urgencias hospitalarios”. Afirma que resulta trascendente que “el curso clínico de la reclamante concuerda perfectamente con la sintomatología que ya de inicio presentaba y que *a posteriori* desencadena esta encefalitis”. Reconoce que no puede concluirse “si un diagnóstico precoz hubiera determinado una mejor evolución clínica del proceso, aunque la presencia de la fiebre súbita y otros síntomas de encefalitis hacen que si la reclamante acudió ni más ni menos que 4 veces a los Servicios de Urgencias hospitalarios con tal cuadro le deberían haber realizado ante ello una serie de pruebas diagnósticas como un estudio del líquido cefalorraquídeo, un TAC y sobre todo una RNM; esta última, realizada a las 48 horas del inicio de los síntomas, ya da anomalías temporales en el 90% de los casos con diagnóstico como el que nos ocupa”, en el que esa prueba no se realizó.

Solicita una indemnización que asciende a ciento noventa y un mil quinientos treinta y dos euros con veintitrés céntimos (191.532,23 €), por los siguientes conceptos: días improductivos, secuela de trastorno orgánico de la personalidad y “corrección por invalidez permanente absoluta”.

Adjunta diversa documentación, entre la que se encuentra: a) Informe elaborado por el Director Clínico del Centro de Rehabilitación Neurológica al que acudió la paciente, de fecha 19 de octubre de 2016, en el que se refleja su evolución durante el tratamiento seguido por los déficits cognitivos secundarios a la encefalitis. b) Informe elaborado por un facultativo de un gabinete médico especializado en Valoración del Daño Corporal e Incapacidades Laborales, de fecha 16 de diciembre de 2016, en el que se indica que “parece que el curso clínico descrito (...) concuerda claramente con la sintomatología que de inicio y *a posteriori* desencadena esta encefalitis”.

9. Con fecha 17 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, así como la existencia de otra anterior, presentada por ella el 10 de marzo de 2016 y en fase de tramitación, por lo que se le concede un plazo de diez días “para aclarar si efectivamente está interponiendo una nueva reclamación, que lógicamente deberá ser inadmitida por esta Administración, o si por el contrario está formulando alegaciones, presentando documentos y realizando la cuantificación que en su momento no hizo, haciendo uso del derecho que le asiste de acuerdo con lo previsto en el artículo 53.e) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas”.

El día 1 de febrero de 2017, la perjudicada presenta un escrito en el que precisa “que la reclamación en su día interpuesta no podía ser objeto de cuantificación, toda vez que el proceso lesivo no había finalizado (...). Lógicamente, procedía bien el archivo de dicha reclamación *per se*, bien la iniciación de un nuevo expediente. Se procede ahora a la cuantificación de la reclamación y a la aportación de documentos que amparan la misma”.

10. Mediante oficio de 22 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada a la correduría de seguros la documentación aportada, señalando que “en principio se abrió un nuevo expediente (...) el cual se ha cerrado y se ha incorporado la documentación al expediente que figura en nuestra referencia”.

Con fecha 10 de mayo de 2016 (*sic*), el mismo responsable dirige un escrito a la Secretaría General del Servicio de Salud en el que comunica “que la documentación que había dado lugar al expediente” que identifica “se incorpora mediante providencia a este (...) como alegaciones y anulamos el (...) anterior”.

11. El día 27 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los informes obrantes en el expediente. En ella recuerda que “en el momento en que se detectó sintomatología neurológica, con la sospecha diagnóstica, se inició el tratamiento incluso antes

de tener la confirmación microbiológica y se emplearon todos los medios, trasladando a la paciente a la UCI” del Hospital “Y”, precisando que “no había ningún dato para pensar en principio en una meningitis”, y que “las secuelas no guardan relación con la asistencia prestada, sino con la gravedad de la encefalitis herpética”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de marzo de 2017, 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 Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que “A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada

en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”.

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación interpuesta por el esposo de la interesada en fecha que -como hemos señalado- no resulta legible, pero que, según se desprende del expediente, tuvo lugar en el mes de febrero de 2016. Ello nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la primera reclamación se presenta en el mes de febrero de 2016, habiendo tenido lugar el episodio asistencial por el que se reclama en los meses de octubre y noviembre de 2015, por lo que, aunque no resulte legible el día exacto de interposición de la misma, y con independencia de la fecha de estabilización de las secuelas, es claro que fue formulada 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 Responsabilidad Patrimonial. 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.

Sin embargo, observamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.- La reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de una atención sanitaria que reputa deficiente. En concreto, imputa a la asistencia recibida en los Servicios de Urgencias, tanto de Atención Primaria como hospitalaria, de los dos centros a los que acude el retraso en el diagnóstico de la grave patología (meningoencefalitis vírica) que padecía.

En el expediente resulta acreditada la existencia de secuelas neurológicas en la paciente, cuya cuantificación procederá en caso de ser estimatorio el sentido de nuestro dictamen. Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no

implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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 opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

En el procedimiento sometido a nuestro análisis la reclamante centra su pretensión resarcitoria en una supuesta dilación en el diagnóstico de la patología sufrida, que fue detectada el día 28 de octubre de 2015, seis días después del momento en que recibe atención por primera vez en su domicilio. Entiende que su sintomatología orientaba el diagnóstico desde el principio y, con base en el informe pericial que aporta, afirma que debieron anticiparse (a un momento que tampoco concreta) las pruebas diagnósticas pertinentes (punción para la obtención del líquido ceforraquídeo y pruebas de imagen). Sin embargo, los especialistas en Neurología que informan a instancia de la Administración (condición que no tiene el perito de parte) coinciden en que no existió sintomatología hasta el día 28 de octubre, cuando apareció rigidez nuchal y cuadro confusional; en ese momento se realizaron las pruebas diagnósticas pertinentes y se inició el tratamiento indicado para la meningitis. La revisión de

la historia clínica confirma que en la atención prestada el día 22 de octubre en el domicilio la paciente padecía "mareos" e inapetencia, así como sensación de "peso en tórax izquierdo", sin fiebre ni otra alteración. En la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del hospital el día 24 de octubre no se advertían "signos de focalización neurológica", y solo destacaba "peristalsis aumentada", mientras que el día 27 se registró un aumento del malestar general, con fiebre y náuseas; de hecho, en el escrito inicial únicamente se discute el diagnóstico de gastroenteritis, y se refleja que no es hasta el día 28 de octubre cuando la paciente presenta "total desorientación". Y, pese a que en la reclamación se afirma que la punción lumbar "debería hacerse cuando el paciente presenta el dolor de cabeza grave", lo cierto es que la perjudicada nunca presentó este síntoma (al margen de que ninguno de los informes médicos emitidos avale esta manifestación -necesidad de realizar dicha prueba ante la presencia de cefalea intensa-).

Por tanto, lo actuado permite concluir que cuando aparece la sintomatología propia de la enfermedad se realizaron las pruebas pertinentes para su correcto diagnóstico, y que el tratamiento se inició de forma inmediata. En todo caso, tampoco se ha probado que el retraso diagnóstico alegado (que no se identifica de forma precisa, pues en ningún momento se concreta en cuál de las asistencias debieron realizarse las pruebas diagnósticas indicadas) haya incidido en la producción de las secuelas existentes.

En definitiva, 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, o los signos, que lo evidencien con certeza. En el caso aquí examinado el estado final está directamente relacionado con la gravedad de la enfermedad sufrida por la paciente, sin que se acredite ninguna actuación de los profesionales que la atendieron contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues tanto su conducta como la práctica de las correspondientes pruebas se ajustaron a la sintomatología que la perjudicada presentó en cada momento.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,