



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 53/2016

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de febrero de 2016, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 9 de julio de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 285/15), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 27 de mayo de 2013, x, y, z presentan en el Servicio consultante una solicitud de indemnización que se fundamenta en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En la reclamación, ponen de manifiesto que son respectivamente la esposa y los hijos de x, que falleció el 28 de mayo de 2012 a la edad de 57 años.

Exponen asimismo que su pariente fue ingresado el 26 de abril de 2012 en el Hospital *de la Vega Lorenzo Guirao*, de Cieza, donde se le diagnosticó un cuadro de suboclusión intestinal. El día 5 de mayo se detectó una perforación del ciego, por lo que tuvo que ser intervenido quirúrgicamente. Fue dado de alta hospitalaria el siguiente día 20.

El día 26 de mayo de 2012 reingresó en el referido hospital por cuadro de dolor abdominal con fiebre. Se le efectuó una tomografía axial computarizada (TAC) que evidenció una trombosis aórtica infrarrenal. Se le realizó de urgencia una operación para efectuarle una derivación axilo-femoral.

En el postoperatorio precisó la administración de inotrópicos mayores, y sufrió con posterioridad una isquemia mesentérica y un fracaso multiorgánico refractario que motivó su fallecimiento.

También explican los interesados que el 18 de enero de 2012 se le diagnosticó una estenosis de un 75% de la arteria carótida común izquierda (ACCI), por lo que fue derivado para que acudiese a consultas externas de neurología un mes más tarde. El día 5 de marzo se solicitó una arteriografía. El 4 de abril los resultados fueron valorados por Neurología, y se objetivó la oclusión completa de la aorta infrarenal y una estenosis del 80% de la carótida común izquierda.

Según manifestaron los facultativos del Servicio de Neurología, la necesaria revascularización no resultaba posible de forma endovascular, por lo que se hacía precisa una endarterectomía carotidea. Se contactó con Cirugía cardiovascular para que programase la intervención.

El 19 de abril acudió a Cirugía cardiovascular, donde se pidió el preoperatorio preferente, esto es, de 15 días como máximo. Fue citado para el 30 de mayo, pero no pudo acudir a la consulta por haber fallecido antes.

Los reclamantes sostienen que, dada la gravedad de la patología vascular, debió haber quedado ingresado ya en enero de 2012 para el inmediato diagnóstico y tratamiento de ambas lesiones vasculares.

Por otro lado, reclaman las siguientes cantidades:

- Para la viuda, x: 111.458,53euros. A esa cantidad debe sumarse un 10%, de modo que hace un total de 122.604,38euros.
- Para cada uno de los dos hijos mayores de 25 años: 9.228,23euros, más un 10%, 10.151,05euros.

Las suma de las tres cantidades anteriores asciende a ciento cuarenta y dos mil novecientos seis euros con cuarenta y ocho céntimos (142.906,48euros), que es lo que se reclama en este caso.

Por último, como medios de prueba de los que pretenden valerse, proponen la documental consistente en la historia clínica del paciente fallecido, que obre en los Hospitales de la Vega Lorenzo Guirao, de Cieza, y Virgen de la Arrixaca, de Murcia.

Junto con la reclamación se acompaña el Libro de Familia, acreditativo de la relación de parentesco con el pariente fallecido y copia de su certificado de defunción.

SEGUNDO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución con fecha 24 de septiembre de 2013 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a los reclamantes junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- Por medio de comunicaciones de esa misma fecha de 24 de septiembre se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la correduría de seguros -- con el propósito, en este último caso, de que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- Con fechas respectivas de 4 de octubre y 5 noviembre de 2013 se requiere a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud IX-Hospital *de la Vega Lorenzo Guirao* y I-Hospital *Virgen de la Arrixaca* para que remitan copias compulsadas de las historias clínicas del paciente e informes de los facultativos que lo atendieron, acerca de los hechos descritos en la reclamación.

QUINTO.- La copia de la historia clínica que obraba en el primer hospital antes citado se recibe 18 de octubre de 2013, y con ella se adjuntan los informes de la Dra. x, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, y de la Dra. x, especialista en Medicina Interna.

De igual modo, se adjunta el informe del Dr. x, facultativo del Servicio de Neurología, de 8 de octubre de 2013, en el que, entre otros extremos, se explica que "*El paciente presenta un ictus isquémico en enero 2012 (visto por Medicina Interna en Hospital de la Vega Lorenzo Guirao) donde se detecta ateromatosis carotídea del 75% en arteria carótida interna izquierda mediante ecodoppler de TSA con hemiparesia derecha de la que se recupera parcialmente. Se pide cita con el servicio de neurovascular del Hospital de la Arrixaca de forma diferida como es el procedimiento habitual en estos casos ya que el tratamiento quirúrgico o endovascular de realizarse no conviene inicialmente en el momento agudo o subagudo...*".

También se acompaña el informe de la Dra. x, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, de 15 de octubre de 2013, en el que se pone de manifiesto lo que sigue:

"Paciente x de 56 años de edad que ingresa en 3^a Planta de H.V.L.G. el día 26/05/2012 con el diagnóstico de dolor abdominal.

Durante el pase de Planta del domingo 27/05/2012, el paciente presenta dolor súbito en ambos MMII, con impotencia funcional y frialdad. Exploración -ausencia de pulsos femorales, poplíteos y pedios-. Ante la sospecha de isquemia arterial aguda de MMII contacto telefónicamente con Cirugía Cardiovascular de CSVA para su traslado, valoración y tratamiento...".

De otro lado, el 12 de diciembre siguiente se recibe la documentación remitida por el Hospital *Virgen de la Arrixaca*, con la que se remiten asimismo cinco discos compactos (CD) que contienen diversas pruebas radiológicas realizadas al pariente de los reclamantes.

Se adjunta, asimismo, el informe del Dr. x, del Servicio de Cirugía Cardiovascular, y el de los Dres. x, y, del Servicio de Neuroradiología Intervencionista, de 28 de noviembre de 2013, en el que después de ofrecer los antecedentes del caso, explican que "*la mejor técnica de revascularización de esta arteria en este caso se estimó*

que era la endarterectomía, ya que el acceso femoral era imposible en el paciente a causa de la obstrucción de la Aorta...".

SEXTO.- Con fecha 13 de enero de 2014 se requiere a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria para que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial y se remite copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente un informe médico pericial aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, elaborado por un médico especialista en Angiología y Cirugía Vascular el 19 de diciembre de 2014, en el que, después de relatar los hechos y de describir la praxis aplicable al caso, formula las siguientes conclusiones médico-legales:

"1º.- En el primer ingreso de enero de 2012 se procedió al estudio adecuado al cuadro clínico del paciente, se consiguió el diagnóstico correcto y se dio de alta al paciente. El alta en esta situación debe considerarse procedente, toda vez que el estudio podía continuarse en régimen ambulatorio sin perjuicio para el paciente.

2º.- Antes del 27 de mayo de 2012 no se registran signos ni síntomas de isquemia de extremidades inferiores, por lo que no estaba indicada la cirugía de revascularización antes de esa fecha.

3º.- La actuación fue en todo momento correcta y ajustada a las normas de la Lex Artis".

OCTAVO.- Con fecha 20 de febrero de 2015 se confiere a los reclamantes y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes. Sin embargo, no consta que ninguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

NOVENO.- El día 22 de junio de 2015 se formula la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

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 el 9 de julio de 2015.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el artículo 142.3 LPAC y con el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamación ha sido interpuesta por personas interesadas, que son los familiares directos del paciente fallecido, cuya condición acreditan por medio de una copia compulsada 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.

II. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración (artículo 142.5 LPAC), dado que el fallecimiento de x se produjo el día 28 de mayo de 2012 y la reclamación se interpuso el 27 de mayo del año siguiente.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

De manera particular, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en los informes que han emitido los facultativos que asistieron al familiar de los reclamantes como en el informe médico pericial que remitió la compañía seguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que los interesados no han presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la

responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, 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 en 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 números 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 3^a, 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 (LEC)-, 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.

Como se ha dejado apuntado con anterioridad, el pariente de los reclamantes fue diagnosticado en el mes de enero de 2012 de estenosis de un 75% de la arteria carótida común izquierda y esa determinación de su enfermedad fue confirmada el 4 abril siguiente, cuando se objetivó dicho estrechamiento (en esta ocasión, del 80%) y la oclusión completa de la aorta infrarrenal.

No obstante, el día 26 del citado mes de abril de 2012 tuvo que ser ingresado porque presentaba un cuadro de dolor abdominal con fiebre. El TAC que se le realizó permitió evidenciar una trombosis aórtica infrarrenal. A pesar de que fue intervenido de urgencia y de que se le realizó una derivación axilo-femoral, sufrió en el postoperatorio una isquemia mesentérica y un fallo multiorgánico que produjo su fallecimiento. A la vista de estos acontecimientos, los interesados sostienen que, dada la gravedad de la patología vascular que presentaba, el paciente debió haber quedado ingresado ya en el mes de enero de 2012 para obtener el inmediato diagnóstico y el tratamiento de dicha lesiones vasculares.

A la vista de esta alegación de la parte reclamante conviene destacar, con carácter inicial, que de lo que manifiestan no se deduce que imputen a la Administración sanitaria la realización de forma incorrecta o inadecuada -y contraria, por tanto, a la *lex artis*- de ninguna técnica o procedimiento, o la prestación de una asistencia sanitaria deficiente o anómala, sino tan sólo el hecho de que no se ingresara a su pariente, ya en el mes de enero de 2012, para que se le diagnosticara convenientemente y para que se le tratara de dichas lesiones.

A pesar de ello, esa circunstancia no exime a los interesados de la obligación que les corresponde (*ex articulo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil*) de aportar los principios de prueba necesarios, preferentemente de naturaleza pericial, que permitan que se alcance la convicción de que efectivamente el paciente debió haber sido objeto de dicho tratamiento hospitalario debido a la entidad de las afecciones vasculares que presentaba. En este sentido, la ausencia de un esfuerzo probatorio de los peticionarios a tal efecto y la inconcreción y la generalidad de sus alegaciones impiden establecer una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y

el daño por el que reclaman.

De manera contraria, sí que se ha incorporado al expediente, a instancias de la compañía aseguradora, un informe médico pericial en el que se describen las numerosas y graves enfermedades, patologías y afecciones -no sólo de carácter vascular- que padecía el familiar de los reclamantes y que comprometían seriamente su estado de salud. En dicho documento se ofrece también una descripción de la praxis aplicable al caso concreto y se analizan convenientemente las decisiones que adoptaron los diferentes facultativos que le trataron.

Si nos centramos ya en las concretas imputaciones efectuadas por los interesados, se debe señalar que no se puede compartir la apreciación de que x tuviese que permanecer ingresado para que fuese debidamente diagnosticado, pues esa determinación de estenosis de la arteria carótida ya se hizo cuando ingresó en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao en el mes de enero de 2012 y quedó confirmada, y aún ampliada con el diagnóstico de oclusión completa de aorta, en el mes de abril siguiente, sin que hubiera habido necesidad de mantenerlo ingresarlo.

Por otra parte, los motivos por los que después de cada ingreso hospitalario fue dado de alta se explican convenientemente en el informe médico pericial al que se viene haciendo alusión:

a) Así, en el mes de enero de 2012, el pariente de los reclamantes fue ingresado porque presentaba estenosis de más de un 70% en la carótida común izquierda, pero estaba asintomático de sus miembros inferiores. No tenía ni constaban signos de isquemia, es decir, de detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias.

De otro lado, conviene explicar que la determinación de ese grado de estenosis resulta esencial en pacientes con ese tipo de enfermedad vascular confirmada, pues sirve para determinar si el mejor tratamiento consiste en una intervención quirúrgica o en un tratamiento médico. En el presente caso, puesto que el paciente también había sufrido una embolia, se le realizó de inmediato una exploración con Eco-Doppler carotídeo o Dúplex. A su vez, como a todos los pacientes con estenosis carotídea de alto grado documentada mediante ese tipo de exploración, se le practicó una angio-resonancia magnética (RNM) de troncos supraaórticos que permitió confirmar los anteriores resultados.

Como se explica en el informe, el tratamiento médico aislado -y no quirúrgico- se planteó inicialmente en este caso pues se trataba de un paciente que había sufrido un primer episodio y con un grado de estenosis del 70% que se encontraba en el límite de la indicación.

En cualquier caso, también se precisa que, salvo contadas excepciones, como sería la situación de una estenosis crítica o preoclusiva (que no es el caso que nos ocupa), la revascularización carotídea no debe realizarse antes de un mes después del accidente vascular o ictus, ya que existe el riesgo de que si se realiza antes el procedimiento pueda provocar una hemorragia, y convierta un infarto cerebral isquémico en una hemorragia cerebral que empeoraría la situación. Ello puede suceder al aumentar el aporte de sangre (más presión) y al no estar la zona de infarto cerebral aún cicatrizada. Esa misma ofrece el Dr. x en el informe al que se hace alusión en el Antecedente Quinto de este Dictamen. Por esas razones, entiende el perito médico que el paciente fue correctamente dado de alta en esa primera ocasión y remitido para completar el estudio de cara a su tratamiento de forma ambulatoria.

b) En el mes de marzo ingresó otra vez porque sufrió un nuevo ictus atribuible a la lesión carotidea descrita y diagnosticada en el anterior ingreso. En esta ocasión, la indicación de reparación quirúrgica de la estenosis carotidea parecía clara, pero se le dio el alta hospitalaria para continuar con la valoración psiquiátrica solicitada por Neurorradiología.

c) Más adelante, se le realizó el 4 de abril una angiografía de arco aórtico y troncos supraaórticos, que confirmó el diagnóstico, al que ya se ha hecho alusión, de oclusión completa de aorta a nivel infrarrenal y estenosis del 80% de la arteria carótida. El perito apunta que es una enfermedad incurable, que se trata con medicación y control de los factores de riesgo, y que sólo debe intervenirse en los casos de incapacidad o isquemia crítica. Ello motivó que tampoco en esta ocasión la situación del paciente requiriera tratamiento quirúrgico ni ingreso hospitalario.

Con gran claridad se explica en el informe que a diferencia de la afectación de la circulación cerebral o cardiaca, en la que se realiza una cirugía preventiva para evitar futuras complicaciones, en la enfermedad de extremidades se trata de forma quirúrgica o con revascularización solamente cuando el paciente presenta una sintomatología incapacitante o entra en isquemia crítica. Por lo tanto, no había indicación alguna de tratar esa patología en ese momento.

d) El paciente fue visto el 19 de abril y se solicitó estudio preoperatorio y se le citó para que acudiese el 30 de mayo siguiente.

e) En el mes de mayo de 2012 el paciente fue de nuevo ingresado porque sufrió una peritonitis difusa con perforación del ciego, que no guardaba relación con su afectación vascular. No obstante, seguía asintomático de sus miembros inferiores y su evolución posterior fue favorable, lo que hizo posible que se le diera el alta el 20 de mayo.

f) Cinco días más tarde, es decir, el 25 de mayo ingresó otra vez por dolor abdominal y fiebre. A juicio del perito médico, se trató de una complicación derivada de la cirugía previa, que en sí misma suponía una situación grave y potencialmente mortal y que comportaba un deterioro importante del estado general, caída de la presión arterial y liberación de sustancias que favorecían la hipercoagulabilidad.

El familiar de los reclamantes sufrió el 27 de mayo una trombosis con oclusión completa de la aorta infrarrenal y de ilíacas comunes internas y externas, con mínimo flujo en las arterias femorales comunes y en poplíteas -como explican los Dres. x, y en sus respectivos informes (Antecedente Quinto)-. Ello derivó en una isquemia aguda de ambas extremidades inferiores, provocada presumiblemente por una trombosis local (formación del coágulo *in situ*) que supuso una grave amenaza para la viabilidad de dichos miembros y órganos y para la vida del paciente. A pesar de que fue intervenido de urgencia, no se pudo evitar que en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) evolucionara con hipotensión severa y signos de isquemia distal progresiva en extremidades, fallo renal oligúrico, edema cerebral y gran dilatación de colon atribuible a colitis isquémica, que terminaron por provocar su fallecimiento a pesar del tratamiento.

Por lo tanto, lo que se acaba de exponer impide considerar que nos encontramos en presencia de un mal funcionamiento del servicio público sanitario y que se haya incurrido en un supuesto de mala praxis, de modo que

no puede quedar establecida la necesaria relación de causalidad entre la referida prestación sanitaria y el daño que se alega, cuya antijuridicidad tampoco ha sido acreditada.

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 presentada por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria, de manera concreta la relación causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público y el daño por el que se reclama, cuya antijuridicidad tampoco ha sido acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.

