



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

**Dictamen nº 11/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 de enero de 2017, 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), mediante oficio registrado el día 6 de mayo de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 127/16), aprobando el siguiente Dictamen.

**ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 19 de enero de 2011 x y sus hijos x, y, z... presentan una solicitud de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establecía en la -ya derogada- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Los interesados exponen en la reclamación que su esposo y padre, respectivamente, x, falleció el día 20 de enero de 2010, a los 65 años de edad, en el Hospital *Santa María del Rosell*, de Cartagena. De igual modo, ofrecen un relato detallado de los acontecimientos que se produjeron entre los días 7 de diciembre de 2009 y el citado 20 de enero de 2010.

De dicha exposición se deduce, en síntesis, que el paciente acudió a ese centro hospitalario mencionado el primero de los días citados y que se le dio el alta después de que fuera diagnosticado de faringitis aguda. El 11 de diciembre experimentó dolor en el abdomen, entre otros síntomas, por lo que acudió a su médico de cabecera que lo derivó de nuevo al Servicio de Urgencias del hospital, que decidió que quedara ingresado.

El día 15 de diciembre se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) tóraco-abdominal que permitió localizar una ateromatosis aórtica compatible con una úlcera aórtica. La prueba también ofreció indicios de neoplasia de colon derecho.

El 23 de diciembre se realizó una colonoscopia que dio un resultado normal y fue dado de alta. En el informe se dejó constancia de que el paciente fue remitido por anemia, que presentaba dolor abdominal y lumbar casi continuo y que fue valorado por el cirujano cardiovascular, que recomendó que se le mantuviera en observación y

que se le aplicase un tratamiento conservador. En el referido informe se hacen constar los diagnósticos de cirrosis hepática etanólica estadio A, anemia de probable origen multifactorial, ateromatosis aórtica y dudosa úlcera aórtica. El paciente quedó pendiente de que se le practicase una colangio-resonancia magnética.

Tres días más tarde, es decir, el 26 de diciembre volvió a Urgencias porque sentía dolor abdominal y se le recomendó que ingresase en el Servicio de Aparato Digestivo. No obstante, se le dio finalmente el alta.

Después de que acudiera de nuevo a Urgencias el 31 de diciembre de 2009, el día 9 de enero de 2010 volvió de nuevo, porque experimentaba un fuerte dolor abdominal que no terminaba de remitir, y fue ingresado. El 13 de enero se solicitó que se le practicara una radiografía de abdomen, una ecografía y una TAC urgentes. El informe de la ecografía ofreció entre otros resultados el de ateromatosis aórtica con aumento de diámetro. Por su parte, la tomografía que se le practicó días más tarde permitió identificar una úlcera arteroesclerótica penetrante de boca ancha, con hematoma intramural en la aorta abdominal, con diámetro de 4,8 cm., que aumentó de tamaño respecto al momento en que fue detectada, el 15 de diciembre de 2009.

El 19 de enero se solicitó cirugía vascular urgente porque se consideró que se trataba de un aneurisma sacular, pero manifiestan los interesados que el día 20, a primera hora de la mañana, el médico les indicó que la intervención se realizaría el 25 de enero. Sin embargo, el familiar de los reclamantes falleció a las 16:00 horas de ese día.

En la reclamación se pone de manifiesto que existe una relación de causalidad directa entre los daños producidos y el funcionamiento del servicio público sanitario, ya que no se adoptaron las medidas que resultaban necesarias en el período temporal que se ha referido, lo que provocó que se produjera la muerte de x y que se le occasionara a sus familiares un daño moral que no tenían la obligación de soportar.

Por esa razón, valoran la indemnización que solicitan en la cantidad de trescientos noventa mil euros (390.000euros), que desglosan del siguiente modo:

| <u>Beneficiarios</u>    | <u>Importe</u>         | <u>Totales</u>  |
|-------------------------|------------------------|-----------------|
| 1 cónyuge               | 250.000,00euros        | 250.000,00euros |
| 1 hija con convivencia  | 50.000,00euros         | 50.000,00euros  |
| 3 hijos sin convivencia | 30.000,00euros         | 90.000,00euros  |
| <b>TOTAL</b>            | <b>390.000,00euros</b> |                 |

Como medios de prueba de los que pretenden valerse proponen la documental consistente en la copia de la historia clínica de su familiar, que adjuntan con su reclamación, y la que obre en el centro sanitario citado.

También aportan un certificado de matrimonio entre x y x, y certificados de nacimiento de los hijos del fallecido.

**SEGUNDO.-** El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 7 de marzo de 2011 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial 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 fechadas el mismo día 7 de marzo se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria 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.-** Mediante otro escrito de esa misma fecha el órgano instructor solicita a la Gerencia del Área de Salud II que remita una copia de la historia clínica del paciente y los informes de los profesionales que le atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

El Secretario General Técnico del Servicio consultante reitera esa solicitud de información el 6 de mayo de 2011.

**QUINTO.-** El día 22 de junio de 2011 se recibe una comunicación interior del Director Gerente del Área de Salud referida con la que adjunta una copia de los antecedentes clínicos que obran en ella.

El 31 de agosto tiene entrada el informe realizado por el Jefe de Servicio de Urgencias, el Doctor x, el 19 de julio anterior y el 8 de septiembre el suscrito el 19 de agosto por la médica del Centro de Salud Cartagena/Casco Antiguo, x. Junto con ese último informe se aporta historia clínica de Atención Primaria del fallecido.

Con fecha 9 de septiembre de 2011 se recibe el informe elaborado por el Doctor x, facultativo especialista del área de Angiología Cirugía Vascular el 15 de julio anterior.

El 11 de octubre tiene entrada el informe de la Doctora x, facultativo especialista del área de Aparato Digestivo, elaborado el 28 de junio de 2011.

Más adelante, el 7 de noviembre, se recibe el informe suscrito el 26 de octubre por el Doctor x, Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico, y el emitido por el Doctor x, Jefe de Servicio de Digestivo.

**SEXTO.-** Puesto que los autores de los referidos informes no se pronuncian en ellos acerca de las alegaciones formuladas por los reclamantes, el Secretario General Técnico del Servicio consultante solicita a la Dirección Gerencia mencionada el 22 de noviembre que se emitan de nuevo.

El 7 de diciembre de 2011 se recibe un informe elaborado el 27 de noviembre anterior por el Jefe de Servicio de Urgencias, el Doctor x, cuyo contenido coincide plenamente con el de su anterior informe de 19 de julio de 2011.

**SÉPTIMO.-** El día 16 de diciembre de 2011 se remite una copia del expediente de responsabilidad patrimonial a la compañía aseguradora y se requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

**OCTAVO.-** Con fecha 6 de agosto de 2015 se recibe una comunicación de la Subdirección General mencionada con la que se adjunta el informe valorativo emitido por la Inspección Médica el 24 de julio de 2015.

Después de ofrecer una descripción de los hechos y de formular un juicio crítico, en el referido documento se formulan las siguientes conclusiones:

*"1. x falleció el día 20 de enero [de 2010] por un S. de distress respiratorio originado a consecuencia de bronconeumonía y colecistitis aguda, aisladamente o en el contexto de sepsis. En el paciente concurrían patologías previas importantes. A nivel de aorta abdominal había un aneurisma micótico (infectado) sin signos de rotura.*

*2. La clínica que presentaba el paciente era de alteración del estado general con astenia, dolor abdominal y sin fiebre. La exploración abdominal fue siempre anodina. Debido a la anemia y a la sintomatología se pensó en causa digestiva.*

*3. Las actuaciones de los facultativos fueron prudentes, con vigilancia del paciente, con dos ingresos hospitalarios y con la realización de diversas exploraciones complementarias adecuadas a la sintomatología que presentaba. El paciente no presentaba clínica que hiciera sospechar una infección por lo que no se llegó al diagnóstico. No hubo mala praxis".*

**NOVENO.-** Obra en el expediente administrativo, aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, un dictamen médico pericial elaborado el 16 de diciembre de 2015 por un médico especialista en Cirugía Cardiovascular, en Cirugía General y Medicina del Trabajo en el que, después de efectuarse un resumen de los hechos y de exponerse ciertas consideraciones médicas, se formula las siguientes conclusiones:

*"1. Las tres vías por las que la pared aórtica se puede infectar son: bacteriemia con émbolos sépticos en los vasa vasorum en una pared aórtica sana, infección de una placa ateromatosa en el contexto de una bacteriemia o por continuidad a través de un foco infeccioso en su proximidad.*

*2. En este caso, considero que la infección de la pared aórtica se transmitió por vía hematógena (única posible), teniendo como causa primaria, bien la colecistitis o la bronconeumonía, la infección de un vaso sanguíneo nunca*

puede ser una prima infección.

3. Como demostró la autopsia no existía rotura del aneurisma aórtico, y por tanto no fue la causa del fallecimiento.

4. Si no lo operaron a mediados de diciembre del año 2009, es porque con 39 mm. no tenía con ese tamaño indicación quirúrgica.

5. Si deciden hacerlo a mediados de enero del año 10, es porque en un mes ha crecido rápidamente 9 mm. no porque midiese 48 mm, la indicación quirúrgica según distintos criterios varía entre 50 y 55 mm.

6. Además habrían esperado algunos días para operarlo, ya que antes había que solucionar el problema infeccioso, las prótesis se infectan muy fácilmente, complicación gravísima con un alto porcentaje de mortalidad".

Por otro lado, también se recoge en el expediente un segundo dictamen médico, también aportado por la compañía aseguradora, suscrito el 10 de diciembre de 2015 por un médico especialista en Medicina Interna y en Enfermedades Infecciosas. En dicho documento se contiene asimismo un resumen de los hechos, se exponen varias consideraciones médicas y finalmente se expresan las siguientes conclusiones:

"1. El paciente falleció de una sepsis de probable origen en una colecistitis. La infección, a través de diseminación por la sangre, llegó a implantarse en la úlcera aórtica, produciendo un aneurisma abscesificado, sin llegar a romperse, pero con extensión a la glándula suprarrenal contigua. Además, en los pulmones se encontraron hallazgos de distrés, todo ello en el seno de la sepsis.

2. Revisada la historia clínica no se encuentran datos de infección, salvo al inicio cuando fue diagnosticado de faringitis por presentar fiebre. Posteriormente no tuvo fiebre, escalofríos, aumento de leucocitos u otros datos que hicieran sospechar infección. En los dos TAC de abdomen realizados tampoco se evidenciaron datos de colecistitis.

3. El diagnóstico de infección del aneurisma muchas veces es de sospecha ante cuadro febril sin foco, pero en este caso no había fiebre, por lo que el diagnóstico era muy difícil, y además, en el TAC no había tampoco datos de absceso o colecciones en el aneurisma.

4. A la vista del resultado de la autopsia, puede concluirse que no había datos para pensar en una infección de esas características, ni clínicas ni radiológicas, por lo que el diagnóstico era muy difícil y de ahí que no se pusiera tratamiento antibiótico ni se decidiera una actuación quirúrgica urgente".

**DÉCIMO.**- Con fecha 14 de enero de 2016 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, si bien no consta que ninguno de ellos hiciera uso de ese derecho.

**UNDÉCIMO.-** El 19 de abril de 2016 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar que no concurren los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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 6 de mayo de 2016.

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 los artículos 142.3 LPAC y 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.-** Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento.

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

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC 2015 dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación ha sido interpuesta por personas interesadas como son los familiares directos del paciente fallecido, cuya condición acreditan por medio de copias del certificado de matrimonio y de certificados de nacimiento.

Sin embargo, hubiera resultado necesario que el órgano instructor requiriera a los interesados para que aportasen el Libro de Familia acreditativo de la relación de parentesco que mantenían con el enfermo y, de modo particular, de la pervivencia del vínculo matrimonial que existía entre el paciente y x.

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

III. 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 20 de enero de 2010 y la reclamación se interpuso el 19 de enero del siguiente año 2011.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP, dado que se ha debido esperar más de tres años y medio a que la Inspección Médica evacuara su informe.

A pesar de que este Consejo Jurídico viene poniendo de manifiesto en diversos Dictámenes y en sus Memorias correspondientes a los años 2008 y 2011 la importancia que ofrece ese informe en este tipo de procedimientos, también resulta necesario reconocer que la garantía de los derechos de los administrados y la exigencia de una buena administración reclaman que su emisión no se demore hasta el punto de que traspase límites razonables. Atendida esa consideración, se puede apreciar que, en el presente supuesto, se ha producido una dilación tan prolongada que ha dado lugar a un retraso de todo punto indeseable en la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Por último, cabe recordar que el artículo 10, apartado segundo, RRP impone la necesidad de que durante la instrucción del procedimiento se solicite un informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable. Del contenido de esa disposición reglamentaria se deduce que ese informe reviste carácter preceptivo y cabe resaltar además su importancia cuando se sustancian reclamaciones de responsabilidad sanitaria, debido al carácter científico de la materia y a la necesidad de valorar la actuación de los profesionales de la medicina con arreglo al criterio de la *lex artis*, como seguidamente se explica.

De igual modo, el informe permite conocer las razones y los fundamentos con los que actuaron los profesionales que atendieron a los reclamantes y los que permitan contradecir, en su caso, las alegaciones que haya podido formular.

En el presente caso, sin embargo, no se puede considerar que los facultativos de los distintos Servicios médicos a los que se les ha demandado hayan cumplimentado el trámite en debida forma sino que, más bien, lo han

llevado a cabo de manera puramente formal, ya sea por no haber contestado a las imputaciones que han realizado los reclamantes o por haberse limitado a remitirse a las anotaciones que, acerca de sus respectivas intervenciones, quedaron reflejadas en los distintos documentos que componen la historia clínica.

Esa circunstancia hubiera conducido a este Órgano consultivo a entender que se debería acordar la retroacción del procedimiento a tal efecto y conceder posteriormente al reclamante de un nuevo trámite de audiencia si no fuese porque considera que existen datos suficientes en el expediente para adoptar una decisión sobre el fondo, facilitada por los tres dictámenes médicos -uno de ellos, de la inspección Médica- a los que más adelante se hará alusión.

### **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<sup>a</sup>, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad previsible 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 puesto de manifiesto con anterioridad, los interesados reclaman porque consideran que se produjo un mal funcionamiento del servicio público sanitario y porque, como consecuencia de ello, se dejaron de utilizar los medios necesarios para alcanzar un diagnóstico correcto que hubiera permitido implantar un tratamiento que hubiera evitado los sufrimientos que padeció su familiar durante un mes y medio y, previsiblemente, su fallecimiento. También apuntan que se pudo incurrir en un cierto retraso en la prestación de la asistencia sanitaria ya que cuando se decidió realizar una cirugía cardiovascular ya era demasiado tarde y el paciente murió antes de que se le practicara.

Sin embargo, los interesados no aportan ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que acredite la realidad de sus imputaciones a pesar de que les corresponde hacerlo en apoyo de su pretensión

resarcitoria de acuerdo con lo que se dispone en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que trata sobre la distribución de la carga de la prueba.

Tampoco toman en consideración el hecho de que forma parte de la historia clínica que se ha incorporado al expediente administrativo el informe (folios 214 a 221) que el Servicio de Anatomía Patológica elaboró después de realizar el examen *postmortem* (autopsia clínica) del fallecido, y de que en él se da cuenta de los hallazgos que se realizaron y se apunta la posible causa del fallecimiento, con la relevancia a la que se hará mención a continuación.

Pese a la falta de realización del menor esfuerzo probatorio por parte de los reclamantes, la Administración ha recabado el informe valorativo de la Inspección Médica y ha aportado al procedimiento dos informes médicos elaborados a instancias de su compañía aseguradora. Las conclusiones que se expresan en esos documentos periciales no fueron contradichas tampoco por los peticionarios en el trámite de audiencia, en el que no formularon ninguna consideración al respecto.

Pues bien, como se pone de manifiesto en el informe de la Inspección Médica, el paciente presentaba astenia, dolor abdominal y anemia de manera que la sospecha diagnóstica iba encaminada a descartar un posible origen digestivo. Además, en él se daban factores de riesgo como cirrosis, tabaquismo activo y diabetes y concurrían asimismo patologías previas importantes.

También se recuerda que cuando acudió a Urgencias el familiar de los reclamantes por vez primera no presentaba fiebre, y que la exploración abdominal fue siempre anodina (Conclusión 2<sup>a</sup>). De igual modo, se pone de manifiesto que se realizaron las acciones adecuadas tanto de exploración física como de carácter complementario, y que se dio el alta por mejoría.

Cuando quedó ingresado por primera vez se visualizó una alteración en la aorta abdominal compatible con úlcera aórtica y se destaca en el informe que lo indicado en ese caso es el control de los factores de riesgo y el seguimiento de la evolución.

Después de recibir el alta acudió de nuevo a Urgencias en dos ocasiones y su médico de atención primaria lo visitó en una ocasión. En todas esas asistencias el paciente no tenía fiebre y el abdomen no presentaba signos de patología aguda.

Durante el segundo ingreso tampoco se evidenciaron signos clínicos que hicieran sospechar la presencia de un aneurisma micótico si signos de rotura (Conclusión 1<sup>a</sup>) que probablemente fuese la colonización de la úlcera arterioesclerótica a partir de un foco infeccioso situado en la vesícula. Puesto que el paciente no evidenciaba una situación clínica que hiciera sospechar de una infección, no se pudo diagnosticar convenientemente, pero ello mismo impide considerar que se incurriera en un supuesto de mala praxis (Conclusión 3<sup>a</sup>).

Con fundamento en los datos que ofreció el examen *postmortem*, se apunta asimismo (Conclusión 1<sup>a</sup>) que el familiar de los interesados falleció por un síndrome de distress respiratorio originado como consecuencia de una bronconeumonía y una colecistitis aguda, aisladamente o en el contexto de una sepsis.

Además, en el primer informe pericial reseñado se expone que la infección de la pared aórtica tan sólo se pudo transmitir por vía hematógena, y que tuvo como causa primaria o la colecistitis, esto es, la inflamación aguda de la vesícula biliar, o la bronconeumonía que padecía el fallecido (Conclusión 2<sup>a</sup>). De igual modo, se destaca que, como demostró la autopsia, no existía rotura del aneurisma aórtico y que, por lo tanto, no fue la causa de su muerte (Conclusión 3<sup>a</sup>).

En el mismo sentido, en el segundo informe pericial mencionado se insiste en el hecho de que el paciente falleció de una sepsis provocada probablemente por la colecistitis que padecía. La infección, diseminada por la sangre, llegó a implantarse en la úlcera aórtica y produjo un aneurisma abscesificado, que no llegó a romperse, pero que se extendió a la glándula suprarrenal contigua (Conclusión 1<sup>a</sup>).

Sin embargo, se resalta el hecho (en la Conclusión 2<sup>a</sup>) de que en la historia clínica no se encuentran datos de infección y de que las dos tomografías que se le realizaron tampoco evidenciaron datos de colecistitis. Puesto que el paciente no padecía fiebre el diagnóstico se hacía muy difícil y, además, las tomografías no sugirieron la existencia de abscesos o colecciones en el aneurisma (Conclusión 3<sup>a</sup>).

Lo expuesto conduce al perito considerar que no existían datos que hicieran pensar que se hubiera producido una infección de esas características, ni clínicas ni radiológicas, por lo que el diagnóstico era muy difícil -como ya se ha señalado- y esa es la razón de que no se dispensara un tratamiento antibiótico ni de que se decidiera una actuación quirúrgica urgente (Conclusión 4<sup>a</sup>).

En apoyo de esa última consideración en el primer informe pericial al que se ha hecho alusión se explica que si operaron al paciente a mediados del mes de diciembre del año 2009 fue porque no existía indicación quirúrgica, ya que el diámetro total de la aorta era tan sólo de 39 milímetros y que cuando se decidió a hacerlo a mediados de enero del año siguiente fue porque había crecido rápidamente 9 milímetros, hasta alcanzar los 48 milímetros, y que la indicación quirúrgica según distintos criterios varía entre 50 y 55 milímetros.

Debido a los motivos a los que se ha hecho alusión se tiene que considerar que el fallecimiento del familiar de los interesados no resulta achacable a la asistencia sanitaria que le fue dispensada sino al hecho de que el paciente no evidenció de ninguna manera la infección que sufría, y que esa circunstancia impidió que se le adoptaran las medidas que hubieran resultado oportunas. Por tanto, no se puede declarar que el servicio público sanitario produjera a los interesados el daño moral que alegan; que exista ninguna relación de causalidad entre esos perjuicios y su funcionamiento, ni que hubiese ocurrido en algún supuesto de responsabilidad patrimonial que deba ser objeto de resarcimiento.

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 formulada por

entender que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración y, de modo concreto, la relación de causalidad que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama.

No obstante, V.E. resolverá.

