



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **295/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 de octubre 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 Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 15 de febrero de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **41/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 25 de julio de 2014 x, letrado del Ilustre Colegio de Abogados de Murcia, actuando en nombre y representación de x y de x, y, z, presenta en el registro de entrada de documentos de la Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia una solicitud de indemnización fundamentada 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), entonces vigente.

En la reclamación se expone que los interesados son, respectivamente, la viuda y los cuatro hijos de x, que falleció el 20 de mayo de 2014 en el Hospital de la Vega *Lorenzo Guirao*, de Cieza.

Según manifiesta en dicho escrito, el familiar de los reclamantes ingresó por Urgencias en el citado centro hospitalario el 17 de abril de ese mismo año, tras ser asistido por el Servicio 061. Fue dado de alta al día siguiente con el diagnóstico de "dolor abdominal inespecífico".

Dos días más tarde volvió a ingresar en el Hospital mencionado donde permaneció hasta el 19 de mayo con el diagnóstico de "colecistitis aguda, colangitis recidivante", y fue trasladado ese día al Hospital *Morales Meseguer*, de Murcia, en el que quedó ingresado con el mismo diagnóstico. Allí se programó drenaje percutáneo y manejo conservador. Sin embargo, el paciente experimentó una evolución desfavorable y falleció al día siguiente.

El letrado interviniente considera que la muerte de x se debió al mal funcionamiento de los servicios médicos que recibió, aunque no llega a especificar qué particular asistencia o qué mala práctica sanitaria pudo motivarlo.

Acerca de la valoración de la responsabilidad patrimonial por la que solicita una indemnización, la concreta en la suma de ciento treinta y siete mil ochenta y tres euros y cincuenta y dos céntimos (137.083,52 euros), desglosada de la siguiente forma:

- 94.904 euros para la viuda, x.

- 10.544,88 euros para cada uno de los cuatro hijos, lo que haría un total por este concepto de 42.179,52 euros.

En relación con los medios de prueba de los que pretende valerse propone la documental consistente en las historias clínicas del paciente que obren en los hospitales reseñados y en el *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia.

Junto con la solicitud de indemnización adjunta una copia de la escritura de apoderamiento otorgado a su favor por los reclamantes y una copia del Libro de Familia, acreditativa de la relación de parentesco que les unía con el fallecido.

SEGUNDO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 25 de septiembre de 2014 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y designa a la instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado al abogado de los interesados junto con un escrito en el que se le ofrece la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- Por medio de comunicaciones fechadas el 25 de septiembre se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- Mediante sendos escritos fechados ese mismo día 25 de septiembre, el órgano instructor solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I (Hospital *Virgen de la Arrixaca*), VI (Hospital *Morales Meseguer*) y IX (Hospital de la Vega *Lorenzo Guirao*) que remitan copias de las historias clínicas del interesado y los informes de los profesionales que le asistieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

QUINTO.- Con fecha 3 de noviembre de 2014 se recibe una comunicación interior del Director Gerente del Área I de Salud con la que adjunta una copia de la historia clínica solicitada y en la que expone que, puesto que los hechos relatados en la reclamación no tuvieron lugar en ese hospital, no se ha considerado oportuno solicitar ningún informe.

SEXTO.- El 30 de octubre siguiente se recibe un escrito del Director Gerente del Área IX de Salud con la que aporta una copia de la historia clínica del paciente y los informes emitidos el día 22 de octubre por los Dres. x, y. En ellos, los facultativos manifiestan que se reiteran en el contenido de los informes médicos que realizaron, respectivamente, los días 18 y 20 de abril de 2014 (folios 174 a 177 del expediente administrativo). En el primero

de ellos consta el diagnóstico de "Dolor abdominal inespecífico" y en el segundo el de "Pielonefritis aguda", además de la anotación de que "Ingresa en Medicina Interna".

SÉPTIMO.- El 23 de enero de 2015 tiene entrada la nota interior del Director Gerente del Área VI de Salud con la que acompaña la historia clínica solicitada y los informes realizados los días 1 de diciembre de 2014 y 15 de enero de 2015, respectivamente, por el Dr. x, facultativo especialista de Cirugía General y Aparato Digestivo, y por la Dra. x, facultativa especialista de Medicina Interna.

En el primero de esos informes se pone de manifiesto lo que sigue a continuación:

"Que, según consta en informes recogidos en su historia clínica electrónica, atendía como cirujano de guardia [a] x que fue remitido desde Hospital "Lorenzo Guirao" de Cieza con diagnóstico de colecistitis aguda enfisematosa.

Que el paciente llegó en muy mala situación clínica, presentando disnea, cuadro petequial difuso, edemas y dolor abdominal, siendo consultado a Unidad de Cuidados Intensivos que, considerando su situación basal previa, el cuadro actual y tras comentarlo con sus familiares, decide que no resulta tributario de medidas extraordinarias (intubación y ventilación mecánica) ni de ingreso en su Unidad.

Que, valorada esta situación y las escasas posibilidades de éxito tras una posible indicación quirúrgica y comentado con radiólogo de guardia, se decide intentar tratamiento no quirúrgico de la complicación que ha llevado a su traslado (colecistitis aguda) mediante técnica de drenaje percutáneo, siendo éste exitoso al poderse colocar un dispositivo autoretentivo que inmediatamente drena abundante contenido purulento contenido en la vesícula biliar.

Que, a pesar del mismo, el paciente sufre una evolución desfavorable con shock séptico que es valorada por internista de guardia y, ante la situación preagónica, con la Unidad de Cuidados Paliativos (para el control de síntomas y apoyo a la familia) siendo éxitus el 20 de mayo a las 17 h según consta en sus informes".

El segundo informe presenta un contenido similar, lo que exime tener que reproducirlo en este Dictamen.

OCTAVO.- El 11 de febrero de 2015 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 y se remite una copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

NOVENO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, realizado el 13 de noviembre de 2016 (aunque quizá debiera decir mejor 2015) por un médico especialista en Medicina Interna. En dicho documento se contiene un resumen de la historia clínica, se describe la praxis aplicable al caso y se formulan las siguientes conclusiones médico-periciales:

"1. Las consideraciones que motivan en un proceso diagnóstico a tomar la decisión de ingreso médico o el alta hospitalaria son múltiples, apoyándose siempre en la clínica que presenta el paciente, la exploración o los resultados de las pruebas analíticas o radiológicas si fueran necesarias, además de la experiencia médica. Por lo que en el contexto concreto de la atención de urgencias del 17-4-2014, se considera que la decisión de alta con observación es correcta y entra dentro de una praxis médica adecuada.

2. El ingreso realizado a las 48 h tras observarse cambios analíticos y en la exploración relevantes se considera totalmente correcto. La valoración realizada por el cirujano general apuntando a un posible diagnóstico de colangitis es acertada y correcta, aunque no hubiera datos radiológicos ni analíticos que lo apoyaran.

3. La instauración de tratamiento antibiótico inicial en el Hospital de la Vega con Ceftriaxona, Metronidazol y Ciprofloxacino así como el cambio realizado tras el cultivo correspondiente por otra pauta antibiótica es del todo correcta.

4. A pesar del manejo médico, el paciente desarrolla un nuevo cuadro de colangitis durante su ingreso con empeoramiento clínico general, por lo que se considera traslado para optar por otras alternativas. Traslado que se realiza y aunque se intenta drenaje percutáneo y tratamiento antibiótico, ya en el Hospital Morales Meseguer el paciente finalmente fallece.

5. El manejo realizado de la colangitis desde el punto de vista médico es totalmente correcto, a pesar de que el resultado fuera el fallecimiento, condicionado por la gravedad de la infección que tiene una alta mortalidad y por la situación basal del paciente que impidió otro tipo de medidas terapéuticas.

6. Se pusieron en cada momento los medios necesarios y proporcionados al cuadro clínico, tomándose en todo momento las decisiones correctas, guiadas por la evolución clínica, resultados analíticos y radiológicos.

7. A pesar de las medidas tomadas, la colangitis es una patología con una mortalidad elevada del 10-25%, por lo que, en este caso y dadas las comorbilidades presentes, no estaba en manos de sus médicos evitar el desenlace fatal que finalmente tuvo.

8. Se trata de un paciente muy complejo con múltiples patologías y una situación basal muy límite, que en el contexto de una infección de este tipo prácticamente es mortal".

Por último, se contiene la siguiente conclusión final:

"La atención recibida por x en el Hospital [de la] Vega Lorenzo [Guirao] y el Hospital Morales Meseguer con motivo de un dolor abdominal secundario a infección en la vía biliar se considera adecuado a lex artis no hallándose indicios de conducta negligente ni por parte del personal sanitario ni por los centros hospitalarios referidos".

DÉCIMO.- Con fecha 11 de febrero 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 ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

UNDÉCIMO.- El 2 de febrero de 2017 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 15 de febrero 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 legal aplicable, legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (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 por daño moral ha sido interpuesta por personas interesadas como son la viuda y los hijos 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.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece 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 este caso, el fallecimiento del marido y padre de los reclamantes se produjo el 20 de mayo de 2014 y la solicitud de indemnización se presentó el 25 de julio siguiente, de forma temporánea por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que en la reclamación formulada no se especifica, como exige el artículo 6.1 LPAC, la presunta relación de causalidad que pudiera existir entre la lesión producida y el funcionamiento del servicio público sanitario, sino que se alude de una manera vaga e inconcreta a una posible actuación anómala.

Esa circunstancia hubiera debido motivar que se requiriera al letrado interviniente para que concretara la asistencia o la práctica sanitaria defectuosas que pudieran haber provocado el daño, con la advertencia de que si no subsanase ese defecto en el plazo correspondiente se tendría a los interesados por desistidos de su petición, como establece el artículo 71.1 LPAC. Y es que hay que destacar que no basta con formular una genérica alusión a la existencia de un perjuicio, por muy luctuoso y lamentable que pueda ser, para que necesariamente la Administración deba actuar y para que tenga que iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial, que siempre supone el empleo de medios humanos y materiales escasos. Por lo tanto, se recuerda que se debe exigir necesariamente la aportación de una mínima evidencia de que pudiera existir esa relación de causalidad requerida para justificar la tramitación de la reclamación presentada.

Por otra parte, se aprecia que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP, dado que la solicitud de indemnización se presentó en el mes de julio de 2014 y no se ha formulado propuesta de resolución hasta febrero de 2017. En concreto, se aprecia una paralización en la tramitación del expediente entre los meses de febrero de 2016 y de 2017, esto es, entre la fecha en que se confirió el trámite de audiencia a los interesados y el momento en el que se elaboró la propuesta de resolución, que no parece estar debidamente justificada.

Finalmente, 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 tanto los facultativos que asistieron al familiar de los reclamantes como en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que el peticionario no ha formulado una imputación específica ni ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, particularmente, prueba pericial alguna.

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 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como ya se ha expuesto con anterioridad, los interesados presentan una solicitud de indemnización porque consideran que el fallecimiento de su marido y padre se debió a la mala asistencia médica que recibió en el Hospital de la Vega *Lorenzo Guirao*. A pesar de ello, no formulan una imputación concreta ya que no llegan a especificar en ningún momento cuál pudo haber sido la asistencia o la prácticas sanitarias negligentes o contrarias a la *lex artis ad hoc* que pudieron haber motivado la muerte de su familiar.

Tampoco acompañan su pretensión resarcitoria con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que ilustrara el contenido de su reclamación, a pesar de que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de procedimiento administrativo, establece que *"Corresponde al actor ... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda ... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

Esas dos circunstancias determinarían, por sí solas, la desestimación de la solicitud de indemnización planteada, pero resulta que a ellas se debe sumar la convicción que ha cimentado este Órgano consultivo sobre la corrección

de la asistencia sanitaria dispensada al paciente a la vista del informe pericial que la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud ha traído al procedimiento.

En ese documento se explica detalladamente que el familiar de los reclamantes era un paciente pluripatológico y que presentaba una situación muy compleja, motivada por la concurrencia de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica secundaria a su hábito tabáquico, de una apnea de sueño asociada a su obesidad e hipertensión y de una arritmia crónica.

Por otra parte, en el informe pericial se analiza detalladamente la atención que recibió en el Servicio de Urgencias del centro hospitalario mencionado el 17 de abril de 2014, cuando acudió por dolor abdominal y anorexia. Así, se expone que en ese momento los resultados de la exploración física y de las pruebas analíticas y radiológicas que se le realizaron no mostraron ninguna patología y que justificaban la decisión de darle el alta con observación domiciliaria (Conclusión 1ª).

No obstante, se destaca que en la segunda visita al citado Servicio, en la que el enfermo se quejaba de dolor abdominal, la valoración por parte del Servicio de Cirugía General acerca de la existencia de una probable colangitis fue correcta, a pesar de que los hallazgos analíticos y la exploración pudieran orientar a la existencia de una patología de origen biliar. De hecho, el resultado que arrojó una tomografía axial computarizada (TAC) y la ausencia de fiebre y de leucocitosis parecían descartarlo. Pese a ello, se emitió un diagnóstico de presunción de pielonefritis aguda y se ingresó al paciente en el Servicio de Medicina Interna, lo que se considera una decisión absolutamente acertada (Conclusión 2ª).

Allí se le pautó, entre otros, un tratamiento antibiótico que cubría el espectro tanto de infecciones urinarias como de infecciones de la vía biliar hasta que el cuadro resultase más claro. Más tarde, este tratamiento se ajustó después de que se constatará que sufría infección por *E.coli* y enterococo, lo que también se entiende que fue plenamente acertado (Conclusión 3ª).

Durante el ingreso se planteó realización de una resonancia (RMN), que no se pudo realizar debido a la obesidad del paciente, y de una colonoscopia, que tampoco se pudo hacer puesto que no toleró la preparación.

Pese a estar ingresado, el 19 de mayo de 2014 volvió a presentar un cuadro de colangitis con empeoramiento clínico general, por lo que se le trasladó con la finalidad de ofrecerle otras alternativas terapéuticas al Hospital *Morales Meseguer*, donde falleció al día siguiente debido a la mala evolución que presentó y a su progresivo deterioro.

Entiende el perito médico que el manejo de la colangitis desde el punto de vista médico fue totalmente correcto, a pesar de que el resultado fuera el fallecimiento, ya que estuvo condicionado por la gravedad de la infección, que presenta una alta mortalidad, y por la situación basal del paciente, que impidió la adopción de otro tipo de medidas terapéuticas (Conclusión 5ª).

De hecho, explica que la colangitis, y en general, la patología de la vía biliar, es una patología muy grave con la que se asocia una mortalidad elevada del 10-25%, a pesar de que se puedan adoptar todas las medidas que hoy

resultan posibles para resolver el cuadro (Conclusión 7ª).

A juicio del perito médico, el paciente presentaba diversas patologías, que lo hacían complejo desde un punto de vista médica, y una situación basal muy límite, por lo que en ese contexto la infección que sufrió resultó determinante del resultado fatal que se produjo (Conclusión 8ª).

De conformidad con lo que se ha puesto de manifiesto, no se puede considerar que la actuación médica se desarrollara con infracción alguna de la *lex artis* o con negligencia de ningún tipo (Conclusión final del informe médico-pericial), por lo que no procede declarar que el resultado lamentablemente producido fuese antijurídico ni se puede establecer tampoco que exista la necesaria y adecuada relación de causalidad entre ese daño y el funcionamiento del servicio sanitario regional, por lo que la acción resarcitoria interpuesta debiera ser igualmente desestimada.

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, ya que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, el nexo causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, cuya antijuridicidad tampoco ha resultado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.